

**UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
CARRERA DE PSICOLOGÍA**

***SISTEMATIZACIÓN DE INDICADORES DE ORGANIZACIÓN FRONTERIZA DE  
LA PERSONALIDAD, A TRAVÉS DE UN ANÁLISIS ESTRUCTURAL,  
MEDIANTE EL TEST DE RORSCHACH, EN UNA MUESTRA DE PACIENTES  
DIAGNOSTICADOS COMO TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD.***

**MEMORIA PARA OPTAR AL TÍTULO DE PSICÓLOGO**

**Autora:** Claudia Molina Velásquez  
**Profesor Patrocinante:** Ruth Weinstein Aranda  
**Profesor Guía:** Ps. y Mag (c) Elisabeth Wenk Wehmeyer

Santiago, 2004

# ÍNDICE

## I. INTRODUCCIÓN

1.1	Introducción.....	1
1.2	Relevancia del problema.....	4

## II. MARCO TEÓRICO

2.1	Historia del concepto de personalidad límite.....	6
2.2	Etioopatogénesis del trastorno de personalidad límite.....	21
2.2.1	Factores Genético-Biológicos y/o Constitucionales.....	22
2.2.2	Factores Socio-Familiares.....	25
2.2.3	Antecedentes de Trauma Infantil.....	27
2.3	Enfoque Psicoanalítico.....	30
2.3.1	Escuela Inglesa.....	30
2.3.2	Escuela Francesa.....	34
2.3.3	Escuela Norteamericana.....	36
2.3.4	Manifestaciones Clínico-Semiológicas.....	41
2.4	Personalidad Límite: Estructura de personalidad.....	42
2.5	Estructura de personalidad borderline: La organización	
	Fronteriza de la personalidad.....	46
2.5.1	Difusión de Identidad.....	49
2.5.2	Examen de Realidad.....	51
2.5.3	Mecanismos de Defensa.....	52
2.5.4	Cuadro de resumen.....	56
2.6	El test de Rorschach.....	58
2.6.1	Historia del test.....	58
2.6.2	Indicadores en el test de Rorschach.....	61
2.6.3	Análisis de contenido.....	67
2.6.4	Análisis de líneas temáticas.....	71
2.7	Mecanismos de defensa a través del Test de Rorschach.....	76
2.8	Examen de Realidad a través del Rorschach.....	85
2.9	Diagnóstico clínico de Trastorno de Personalidad Límite a través del Rorschach: Aportes importantes.....	92

### III. METODOLOGÍA

3.1	Metodología del estudio.....	97
3.2	Planteamientos de los objetivos.....	97
3.2.1	Objetivo General.....	97
3.2.2	Objetivos Específicos.....	97
3.3	Tipo y Característica de estudio.....	97
3.4	Definición de variables.....	98
3.4.1	Función de identidad.....	98
3.4.1.1	Límites. Sentido de propiedad y pertenencia.....	99
3.4.1.2	Imagen Corporal.....	99
3.4.1.3	Incorporación de experiencias afectivas con personas claves.....	99
3.4.1.4	Internalización de experiencias en representaciones de mismos y de los otros.....	100
3.4.2	Mecanismos de defensa.....	101
3.4.2.1	Presencia de defensas de nivel bajo.....	101
3.4.2.2	Fallas defensivas.....	101
3.4.2.3	Bloqueo resistencia.....	101
3.4.3	Examen de realidad.....	101
3.4.3.1	Determinante forma y calidad formal (F%, F% ext, F+%, F+%ext).....	101
3.4.3.2	Presencia de Verbalizaciones patológicas.....	102
3.4.3.3	Conciencia de interpretación.....	102
3.4.3.4	Índice de realidad.....	102
3.4.5	Signos clínicos derivados de los elementos formales.....	103
3.4.5.1	Área Cognitiva.....	103
3.4.5.2	Área Afectiva.....	104
3.4.5.3	Área Relaciones Interpersonales.....	104
3.5	Valores cuantitativos utilizados al test de Rorschach.....	105
3.6	Universo.....	106
3.7	Muestra.....	106
3.7.1	Criterio de inclusión.....	106
3.7.2	Criterio de exclusión.....	106
3.8	Procedimiento de obtención de datos.....	107
3.9	Instrumento de medición.....	107
3.9.1	Significado de las láminas.....	108
3.9.2	Validez y confiabilidad del instrumento.....	110
4.0	Cuadro de resumen.....	112

## **IV. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS**

4.1	Análisis de los resultados al test de Rorschach.....	113
4.1.1	Función de identidad.....	113
4.1.2	Mecanismos de defensa.....	117
4.1.3	Examen de realidad.....	122
4.1.4	Área Cognitiva.....	129
4.1.5	Área Afectiva.....	130
4.1.6	Área Relaciones Interpersonales.....	135
4.1.7	Tipo y variedad de contenidos y análisis temático.....	139

## **V. CONCLUSIONES Y COMENTARIOS**

5.1	Síntesis de principales resultados.....	142
5.2	Sistematización indicadores significativos del análisis estructural.....	143
5.3	Conclusiones.....	146
5.3.1	Área Identidad.....	146
5.3.2	Área Mecanismos Defensivos.....	147
5.3.3	Área Examen de Realidad.....	150
5.4	Comentarios finales.....	151

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

## I. INTRODUCCIÓN

“Trátase de una singular dolencia. La fantasía más extravagante de un psiquiatra no hubiera conseguido nunca imaginar algo semejante, y si no tuviéramos ocasión de ver continuamente casos de este género, no creeríamos en su existencia”.

S.Freud, 1916-17.

El trastorno de personalidad límite es un cuadro psicopatológico cuya sola prevalencia constituye una buena razón para estudiarlo: se estima que entre el 10% y 13% de la población general tiene algún trastorno de personalidad, y en la consulta psiquiátrica ambulatoria esa cifra se eleva del 30% al 50%. Si se toma en cuenta además a las personas cercanas que establecen lazos estrechos con estas personas, y que de algún modo - padecen sus síntomas en la convivencia diaria - la importancia de este trastorno aumenta considerablemente, afectando en nuestra sociedad a millones de personas y en Chile a un gran porcentaje de la población, ya sea directa o indirectamente.

Si bien es cierto que este tipo de pacientes que se estudia como limítrofes o límite, han existido siempre, es en los últimos años cuando el tema ha despertado un creciente interés. Por un lado, la práctica de la psicoterapia psicoanalítica ha permitido descubrir que los trastornos limítrofes, que durante muchos años aparecieron como una patología difusa y difícil de identificar, tienen una entidad clínica. Por otro lado, estos trastornos parecen haber aumentado en las últimas décadas, ya que podrían haberse incrementado con las condiciones sociales de nuestra época.

Las personas que presentan este cuadro clínico muestran una serie de características comunes sintomáticas - desde cualquier perspectiva teórica de donde se mire - las que fueron consignadas por varios autores y sistematizadas en el DSM-IV. Dentro de éstas, se encuentran los sentimientos crónicos de vacío y tedio, los que aludirían a un déficit de desarrollo de recursos yoicos genuinos y propios para enfrentar la realidad. También se encuentra la imposibilidad que tienen estas personas para estar solos, la que tendría su raíz o explicación en el hecho que el si mismo nunca pudo descubrir la posibilidad de “ser” sin estar permanentemente referido a otro primitivo, que al no satisfacer la necesidad de incondicionalidad, impidió el desarrollo y condicionó la permanente búsqueda de una incondicionalidad imposible de encontrar. La inestabilidad afectiva, la tendencia a la depresión, a la irritabilidad y ansiedad son expresiones de esta misma situación. (Dorfman, B. 1992).

Con la pequeña descripción anterior se pretende tener una aproximación integral y global de este trastorno, integrando parte de su etiología, para aproximarse a la complejidad de este cuadro, entidad que ha generado una prolongada discusión teórico-clínica que muestra las considerables dificultades que entraña su diagnóstico.

En este contexto, es importante destacar que el test de Rorschach, es una herramienta que aparece especialmente indicada para afinar un diagnóstico, ya que entrega información importante sobre el modo de funcionar psíquico de una persona, en la medida que presupone distinciones sutiles y criterios cualitativos y cuantitativos.

Es así como este estudio tiene por objetivo intentar describir indicadores Rorschach para el trastorno límite de la personalidad, que sean propios de esta estructura de personalidad, tomando como base los postulados planteados por O. Kernberg (1979) sobre organización limítrofe de la personalidad, y que faciliten la labor de los profesionales que emplean esta herramienta como método de diagnóstico, como a su vez, para utilizarlo como diagnóstico diferencial, ya que esta prueba se utiliza enormemente en instituciones

que entregan el servicio de psiquiatría en nuestro país. También tiene por objetivo agrupar los indicadores Rorschach que resulten buenos discriminadores de esta estructura límite por área de funcionamiento, las que serían: área cognitiva, afectiva, de relaciones interpersonales y de la identidad, para facilitar la elaboración del informe psicológico de quienes empleen este test proyectivo.

El estudio propuesto es de carácter exploratorio - descriptivo, y utiliza el método fenomenológico clínico para la interpretación de los resultados obtenidos.



## RELEVANCIA DEL PROBLEMA

El concepto de trastorno de personalidad límite lleva consigo un extenso recorrido de investigaciones y estudios que han intentado clasificarlo, ya sea dentro del espectro de la esquizofrenia o de los trastornos del ánimo, en un primer momento. Ha sido denominado de diferentes formas por estudiosos del tema: síndrome, condición, estructura, estado, organización, personalidad, nucleamiento, etc., seguidas de la condición limítrofe. El uso corriente del lenguaje psiquiátrico y psicoanalítico ha adoptado el anglicismo *borderline*. Estos dos enfoques han guiado preponderantemente la discusión, en miras de establecer un diagnóstico, curso y tratamiento claro para estos pacientes, distinguiéndolo de otras patologías.

En este estudio, como ha sido ya mencionado, se toma como base los postulados de O. Kernberg, quien con el respaldo teórico de la psicología del yo y la dirección Kleiniana, parte de la postulación básica de que el cuadro limítrofe es una organización patológica estable de la personalidad, que descansa sobre una configuración específica resistente a los cambios y que incluye un funcionamiento específico yoico y superyoico. Para él, los rasgos de personalidad son un indicador de esta configuración y el diagnóstico se deberá hacer a partir de ella y no sólo tomando en cuenta los rasgos.

En relación a la utilización del test de Rorschach como herramienta diagnóstica en esta área, los primeros estudios respondieron a demandas por establecer distinciones entre un examen de realidad alterado proveniente de un proceso esquizofrénico, de la procedencia por un trastorno límite. Debido a esto, se pudo precisar como criterio clave la utilización del examen de realidad, en términos de si había un juicio o sentido de realidad correcto o desviado, ya que se observó que pese a que los pacientes límite tenían emergencia de proceso primario, podían revertir el examen de realidad, a diferencia de los cuadros esquizofrénicos. (Jacir, 2000).

A nivel nacional se destacan los aportes de J. Dittborn en 1987, e investigaciones recientes (Paredes,1998), quien concluye que el diagnóstico límite mediante el Rorschach comprende cuatro áreas básicas que se ven alteradas: estado de ánimo, cognición, control de impulsos e identidad. Así, se pueden observar los avances y esfuerzos por profundizar en el conocimiento teórico, y en la utilización del Rorschach como una eficaz herramienta diagnóstica. (Jacir, 2000).

Teniendo en cuenta lo atingente del tema y su relevancia tanto teórica como práctica, este estudio pretende ser una ayuda para poder comprender con mayor claridad el proceso de evaluación del trastorno límite de personalidad y un facilitador para poder realizar un diagnóstico de esta organización de la personalidad a través del Rorschach, bajo una orientación de trabajo psicodinámica.

La relevancia de este estudio consiste en dejar disponible para el psicólogo abocado a la evaluación diagnóstica, información y orientación más específica acerca de esta organización, junto con indicadores Rorschach agrupados por distintas áreas de funcionamiento, que son las que se toman en cuenta a la hora de elaborar un informe psicológico. Enriquecer el informe Rorschach con indicadores que den cuenta de los distintos aspectos de una organización estructural de la personalidad - en este caso de organización limítrofe - entidad donde no se encuentran muchos estudios que propongan indicadores Rorschach agrupados por áreas de funcionamiento, es una ayuda que ojalá pueda facilitar la comprensión y el análisis de esta entidad, que se sabe ha sido y es un terreno complejo donde aún no hay criterios que sean compartidos por todos los profesionales del área.

## **II. ANTECEDENTES TEORICOS**

### **HISTORIA DEL CONCEPTO DE TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE**

La literatura que se encuentra sobre el Trastorno de Personalidad límite es bastante extensa. Desde el punto de vista teórico este concepto ha sido abordado desde diferentes enfoques, predominando principalmente dos marcos de referencia: la nosología psiquiátrica tradicional, que enfatiza la descripción clínico-fenomenológica, por un lado, y la teoría psicoanalítica, por otro. Dentro de esta última se encuentran los aportes del enfoque psicoanalítico clásico, de la teoría de las relaciones objetales, de la teoría de separación-individuación, y de la psicología del yo.

Este concepto tendría entonces dos raíces: la primera estaría en la literatura psicoanalítica: en el límite entre la neurosis y la psicosis, y la segunda, se encontraría en la literatura psiquiátrica general: en el límite de la esquizofrenia. Estas distintas raíces han dado paso a dos enfoques diferentes que han estudiado e intentado definir este concepto de acuerdo con sus respectivos marcos teóricos y metodologías; el enfoque descriptivo ha puesto el énfasis en la sintomatología diagnóstica, y el enfoque psicodinámico ha destacado aspectos estructurales, dinámicos y de desarrollo como criterios diagnósticos.

Estos dos enfoques se han mantenido independientes porque las observaciones de ambos grupos provienen de contextos, metodologías y énfasis diferentes, sus conclusiones no se las podría comparar, debido a sus distintas epistemologías, aunque teóricamente se las podría complementar.

La historia de este trastorno da cuenta de múltiples asociaciones, que lo han relacionado con el espectro esquizofrénico, con desórdenes afectivos y con estados transicionales, oscilando entre la neurosis y la psicosis, para constituirse finalmente en una entidad única y diferente. La denominación misma de fronterizo, marginal, limítrofe o borderline, señala que está siempre referido a algo distinto que a él mismo, es decir,

*“fronterizo es siempre uno hacia algo que no es en si mismo”* (Figuerola Cave, 1986, p. 154).

Esta acepción de fronterizo se puede apreciar que aún resulta ser confuso e impreciso, y ha llevado a conceptualizarlo como un estado, organización de la personalidad, carácter, condición, síntoma o esquizofrenia de distintos tipos (preesquizofrenia, esquizofrenia pseudoneurótica, esquizofrenia oculta, ambulatoria y latente) (Figuerola Cave, 1986).

En la profesión médica, el primer reconocimiento de que los trastornos de personalidad, aparte de la psicosis, eran motivo de especial interés, fue obra de P. Pinel, en 1801, con su descripción de la *mente sans délire*. Este autor reconoce que una persona puede comportarse irracionalmente incluso cuando tiene intactas las facultades intelectuales. Observó que algunos de sus pacientes tenían conductas impulsivas y autodestructivas, siendo absolutamente capaces de darse cuenta de lo irracional de sus actos.

La comprensión de la personalidad anormal creció gracias también a la obra de C. Prichard, quien en 1837 en su “*treatise on insanity*”, dedicó una gran atención a lo que llamó “*insania moral*”, la que describía como, una locura consistente en una perversión mórbida de los sentimientos, afectos, inclinaciones, temperamentos, hábitos, disposición moral e impulsos naturales normales, sin un trastorno o defecto llamativo del intelecto o de las facultades de conocimiento y raciocinio, y especialmente, sin ninguna ilusión o alucinación insana, transformándose en el mayor exponente de la idea de que estas conductas significaban un defecto en el carácter que merecía condena social (en Tyrer, 1988).

Cronológicamente, la primera vez que aparece el término *borderline* es en 1884. En ese año, Hughes, psiquiatra inglés, designa así a los estados límite de la locura. Los define como “*personas que pasaron toda su vida de uno u otro lado de la línea, a veces por un*

lado, a veces por el otro”(cit. en Sánchez García, 1996 p. 8). Por otro lado, Rosse (1890) incluye en el borderline rasgos tales como obsesiones severas, fobias, compulsiones, histeria y neurastenia, que corresponderían a síntomas neuróticos graves.

En 1883, Kraepelin se refiere a las formas atenuadas de la esquizofrenia para considerar cuadros clínicos que no correspondían ni al ámbito de la neurosis ni al de la psicosis. Más tarde, en 1907 este autor se dedicará a estudiar los estados y personalidades psicopáticas, conceptuándolos como aquellos que se ubican en la línea divisoria entre las locuras y las rarezas que presentan individuos supuestamente normales (Jacir, 2000). También este autor distinguió tres formas clínicas de presentación de la esquizofrenia: paranoide, hebefrénica y catatónica.

En 1909, el psiquiatra alemán Pelman publicó un libro sobre los estados fronterizos de la mente, donde incluía criminales, alcohólicos, suicidas y trastornos sociales.

En 1911 Bleuer incluyó dentro de las tres formas clínicas descritas por Kraepelin de esquizofrenia la forma simple y la “*esquizofrenia latente*”, que se caracterizaba por ser el tipo más frecuente entre las psicosis y por corresponder a casos en que, a pesar de padecer de los síntomas esquizofrénicos, no presentaban cuadros floridos y no terminaban en la demencia (Sánchez García, 1996). Los planteamientos de Bleuer significaron en la práctica, una ampliación del concepto original de esquizofrenia de Kraepelin. De este modo, llegó a incluir en la esquizofrenia una serie de cuadros que hoy son considerados dentro de los trastornos de personalidad, estableciendo así un continuo desde la enfermedad manifiesta hasta la normalidad.

En 1923, K. Schneider describió las personalidades anormales como variantes constitucionales que son altamente influenciadas por las experiencias personales, e identificó diez variantes diferentes de *personalidad psicopática*. Esta clasificación se mantuvo vigente por un período muy prolongado y ha influido notablemente en todas las clasificaciones posteriores.

Freud, Abraham y Reich, establecieron los fundamentos de la teoría psicoanalítica del carácter. Freud dejó las semillas para esta topología: su interés en esa época se basaba principalmente en descubrir los derivados de las pulsiones según cómo evolucionan los estadios psicosexuales específicos, y sobre todo, ver cuáles eran los mecanismos estructurantes del inconsciente.

En el año 1925, W. Reich, interesado en estudiar los rasgos patológicos en el análisis del carácter, postula que entre la psicosis y la salud existirían casos límites, como el carácter neurótico, el carácter impulsivo y el psicopático. Agrega que por el especial uso de ciertos mecanismos de defensa, el *carácter impulsivo* constituiría un caso límite entre la neurosis y la psicosis.

En 1926, H. Claude se referirá a la *esquizosis* o *esquizomanía* para describir cuadros esquizofrénicos que evolucionaban con matices próximos a la histeria y la obsesión.

En 1930, F. Alexander publica el primer trabajo psicoanalítico, en el que muestra casos similares a los fronterizos actuales. Los denomina *carácter neurótico* y los describe como personas con una compulsiva vida emocional, cuyas historias clínicas eran similares a una novela de acción cuyo protagonista se caracterizaba por desplegar sus energías hacia el mundo externo.

Es con A. Stern a finales de la década de los treinta (1938), con quien se inicia propiamente tal la utilización del término *borderline*. Publica un trabajo sobre investigación y terapia, “Investigación y tratamiento del grupo borderline de las neurosis”, describiendo la vulnerabilidad y fragilidad de tales pacientes, los cuales tendrían el sentimiento permanente de estar heridos o lastimados. También acentúa el alto grado de narcisismo que tendrían estas personas, junto con otros rasgos clínicos como masoquismo, uso de mecanismo de proyección, defensas rígidas, incapacidad orgánica para enfrentar situaciones estresantes, reacción terapéutica negativa, estados de rigidez tensionales

posturales, dificultades en el juicio de realidad. También Stern describe que estos pacientes en psicoterapia son extremadamente dependientes, sintiéndose fácilmente heridos o rechazados por las interpretaciones (Dorfman, B., 1992; Figueroa y Olivos, 1986,1991).

En 1941, Zilboorg describe la *esquizofrenia ambulatoria*, la que consistiría en que un grupo de personas de apariencia social bien conservada presentarían evidentes rasgos esquizofrénicos, y que no precisarían de hospitalización. Lo consideró como una forma leve de esquizofrenia, con alteraciones en la comprobación de la realidad, perturbaciones de la asociación y afectividad superficial (Figueroa y Jacir, 1986, 2000).

H. Deutsch en 1942, publica su trabajo "Algunas formas de trastornos emocionales y su relación con la esquizofrenia" y formula el concepto de "personalidades como si", describiendo a pacientes que tendrían las siguientes características: pacientes que se definen a través de los otros y que parecieran no tener una identidad propia, estas personas al no tener una verdadera identificación, se apegan y mutan en concordancia con los objetos del ambiente. Para este autor estas personas estarían alteradas profundamente en su yo, mostrarían un pronunciado narcisismo y una distorsión de la identidad. Serían personas que no pueden clasificarse en las formas comúnmente aceptadas de neurosis y psicosis, ya que presentan una muy buena adaptación a la realidad. Figueroa y ese mismo año Fenichel emplean el término de *esquizofrenia marginal*.

En 1945 Binswagner alude al concepto de *formas polimorfas de esquizofrenia* para referirse a cuadros clínicos que aparecen en la infancia, en los cuales se presentarían diversos síntomas neuróticos y escasas manifestaciones psicóticas. En 1947 Federn retoma el concepto bleuleriano de *esquizofrenia latente*. (Figueroa y Olivos,1986,1991).

Entre 1945 - 1946 Rapaport, Gill y Schafer, informan mediante test psicológicos, la presencia de *preesquizofrénicos* con dos variedades: el tipo coartado y el tipo hiperideacional. En ambos grupos su debilidad yoica se mostraba en un predominio del proceso primario de pensamiento (Figueroa, 1986).

En 1947 Melita Schmiedeberg caracterizó a los límites como sujetos incapaces de tolerar la rutina y adquirir alguna introspección, con tendencia a llevar vidas caóticas y con capacidad empática deficiente. Para esta autora, el concepto de límite representaba un nivel estable de funcionamiento, en el que se unían características de normalidad, neurosis, psicosis y psicopatías.(Gatti y cols 1994).

En 1949, Hoch y Polatin introdujeron el término de *esquizofrenia pseudoneurótica*, para definir un cuadro psicopatológico caracterizado por la combinación de panneurosis, pansexualidad y panansiedad que enmascaraban síntomas de esquizofrenia. Estos autores sugirieron que una evaluación clínica profunda podía revelar en todos los casos la presencia de síntomas esquizofrénicos fundamentales. Enfatizaron la importancia de la despersonalización, desrealización y de los “episodios micropsicóticos” para el diagnóstico de esta entidad, que creían en una forma crónica, pero no deteriorante de la esquizofrenia (Jerez, Paredes, Silva, Slachevsky y Vilches, 1991).

En el año 1952, Fairbain expone el cuadro fronterizo como una estructura esquizoide de la personalidad. En ese mismo año, A Wolbreg publica su trabajo llamado “El paciente Borderline” en el que se diferenció por primera vez, entre los limítrofes con episodios micropsicóticos temporales y las organizaciones psicóticas. Este autor plantea que los pacientes con funcionamiento limítrofe conservan contacto y prueba de realidad y que viven con un monto de angustia de separación muy alto (Millon,1994).

En 1954, Knigth realizó una descripción clínica, en la cual centró el diagnóstico del trastorno de personalidad límite en la debilidad del yo y en las consecuentes alteraciones de las funciones del mismo, entre ellas el proceso secundario de pensamiento, el planeamiento de la realidad y la regresión a la utilización de mecanismos defensivos primitivos en el enfrentamiento de angustias arcaicas. También introduce el término de *estados borderline*, para referirse a las personas con las características anteriormente nombradas (Millon,1994)



En 1955, Hoch y Dunaif aplican el término de *esquizofrenia psicopática*, para denominar a un grupo de pacientes esquizofrénicos en los cuales predominaba el comportamiento impulsivo y antisocial de tipo psicopático. Estos autores admitían la posibilidad del tránsito de un modelo neurótico hacia otro psicótico. Ese mismo año Rapaport plantea la estructura esquizofrénica de la personalidad.

En 1958 Gutelsin piensa que se trata de una severa distorsión del Yo. Ese mismo año, Bellack postula que el concepto *borderline* corresponde a las llamadas esquizofrenias abortiva, ambulatoria y latente.(Gatti y cols,1994).

A finales de la década del 50 (1959) Schmiedeberg define a los fronterizos como “estables en su inestabilidad” (cit. en Figueroa Cave,1986, p.156). Los caracteriza como un grupo con diferencias cualitativas, constancia de su cuadro y resalta entre sus rasgos más importantes, la falta de sentimientos normales y el profundo trastorno de la personalidad, principalmente observable en el área afectiva. A partir del trabajo de esta autora, el trastorno límite es incluido dentro de los trastornos del carácter.

En el año 1962, Rado y Meehl investigan el desorden esquizotípico de la personalidad para referirse a individuos que no eran psicóticos definidos, pero que presentaban un cuadro genético que los predisponía hacia la esquizofrenia. (Millon,1994).

En el año 1968, Grinker, Werble y Drye publican “el síndrome limítrofe” y realizan el primer intento por describir la personalidad límite mediante un estudio empírico. El estudio fue realizado en un grupo de 51 pacientes jóvenes no esquizofrénicos, en el cual tuvieron como premisa que la conducta se puede observar, describir y cuantificar y que ésta a su vez, da a conocer cuantitativa y cualitativamente funciones psicológicas internas; y que las funciones del yo en una muestra de pacientes ayuda en la definición más precisa de un síndrome. Para este estudio los autores se basaron en un cuestionario previamente trazado. Los datos obtenidos fueron analizados estadísticamente, obteniendo grupos de síntomas, que incluyó los rasgos y características más relevantes de este grupo. Estos datos

posteriormente, fueron sometidos a un análisis factorial. Después de realizada la investigación, los autores concluyeron que su muestra de limítrofes era distinta y cualitativamente separada de los pacientes esquizofrénicos, constituyendo así, una entidad diagnóstica separada (Olivos,1991).

El estudio reveló que las características principales de estos pacientes serían:

- Rabia como afecto único o esencial.
- Trastorno de las relaciones afectivas, las que serían anaclíticas, o complementarias o bien dependientes, pero nunca simétricas.
- Ausencia de indicadores de autoidentidad consistentes (inestabilidad).
- Depresión acentuada con una tonalidad de soledad y desamparo, sin sentimiento de culpa, autoacusación o remordimiento.

Luego, estos autores tipificaron las características clínicas de acuerdo al análisis factorial en cuatro grupos, según se acercaran o alejaran de la psicosis:

Grupo I: *Border Psicótico*, los pacientes presentaban conductas próximas a la desintegración psicótica, sin presentar alucinaciones ni delirios organizados.

Grupo II: *Síndrome fronterizo central*, este era el grupo más numeroso: presentaban conductas impulsivas, depresión cuando no actuaban, fragilidad en sus propósitos y un penetrante afecto negativo, teniendo una relación vacilante con los demás.

Grupo III: *Personalidades como si*, o personas adaptativas, desafectivas, defendidas. En este grupo estaban pacientes que se caracterizaban por blandura y ausencia de identidad de si mismos, con considerable retraimiento esquizoide e intelectualización.

Grupo IV: *Border Neurótico*, cercanos a la neurosis, presentaban neurosis polisintomáticas, sin represión sexual; personas deprimidas que tienden a un aferramiento infantil a quien las cuida y no les exige. También presentaría angustia, narcisismo y depresión dependiente (Dorfman, Figueroa y Olivos, 1992, 1986,1991).

Desde esta fecha en adelante la similitud con la esquizofrenia deja de ser sustentada, para insistir, describir y delimitar el trastorno límite como un trastorno de personalidad (Paredes, 1997).

En esta misma época, es importante destacar las investigaciones de Otto Kernberg, uno de los autores psicoanalíticos que más novedosamente ha contribuido al estudio y comprensión del trastorno de personalidad. Kernberg en 1967, expone en su trabajo “Organización limítrofe de la personalidad”, el concepto inicial de su extenso trabajo, (trabajo que continúa desarrollando hasta nuestros días), sobre el síndrome de *organización borderline*, planteando un cuadro clínico que se fundamenta en lo que el denomina “criterios estructurales”, más que en criterios clínicos-descriptivos. Por lo tanto, lo que Kernberg recalca, es la importancia de la *estructura* de carácter subyacente en contraposición a los intentos por definir el cuadro desde aproximaciones descriptivo-fenomenológicas.

Este autor define a los pacientes borderline como personas que presentan una organización caracterológica permanente, partiendo de la premisa de que los pacientes pueden ser clasificados de acuerdo a si tienen una organización de personalidad neurótica, borderline o psicótica. Lo más importante para el diagnóstico es el nivel de funcionamiento global del yo y el nivel de las relaciones objetales internalizadas.

Con el fin de evaluar los distintos elementos que constituirán la estructura borderline de la personalidad, este autor crea la *entrevista estructural*, la que mediante confrontación, clarificación e interpretación sistemáticamente usada, intentaría precisar los siguientes elementos: 1) una constelación sintomática típica, 2) empleo de operaciones defensivas del yo características, 3) típica patología de las relaciones objetales internalizadas y 4) manifestaciones genético-dinámicas singulares.

A través de esta herramienta se intentaría evaluar también distorsiones serias de la realidad, uso de mecanismos de defensa primitivos y dificultades en la formación de la identidad personal (Kernberg, 1987 b).

Bergeret (1970) plantea que los *estados límite* ocuparían una posición intermedia entre las estructuras neurótica y psicótica, afirmando que éste se trataría de un espacio menos sólido estructuralmente y que podría ser transitorio, dependiendo de la persona, y que este estado se constituiría antes de concluirse el Edipo (Weinstein, 2003).

En 1975, Gunderson y Singer definen una serie de manifestaciones que caracterizan a las personalidades borderline: a) presencia de un afecto muy intenso, el que generalmente sería de naturaleza hostil o depresiva, b) historia de conducta impulsiva que lleva a la automutilación, abuso o dependencia de drogas, o promiscuidad, c) adaptabilidad social, que puede reflejar una alteración de identidad enmascarada por el mimetismo, una forma de identificación rápida y superficial con los otros, d) experiencias psicóticas breves, habitualmente de carácter paranoide que suelen evidenciarse durante el uso de drogas o en situaciones inestructuradas, e) rendimiento alterado en pruebas psicológicas no estructuradas como la prueba Rorschach, f) relaciones interpersonales alteradas, que varían desde relaciones superficiales a relaciones intensas, con actitudes dependientes, devaluadoras, manipulativas y demandantes (Gunderson, Singer, 1975). Para evaluar estas características, Gunderson y Cols. (1981) elaboran un riguroso instrumento diagnóstico denominado prueba diagnóstica para borderline o DIB; una entrevista semiestructurada que abarca síntomas y patrones interaccionales característicos de la personalidad limítrofe (Jacir, 2000). El DIB examina: adaptación social, patrones de acción/impulso, afectos, fenómenos psicóticos y relaciones interpersonales (Olivos, 1996).

Este mismo año (1975), Mack se ocupa de los estados límites de la psiquiatría, enfatizando que la comprensión del estado fronterizo sólo puede lograrse mediante la fusión de las corrientes fenomenológicas y psicodinámicas.

Entre 1975 y 1976, Masterson hace una división entre *estados borderline* y *síndromes clínicos*: dentro del primero estarían personas aparentemente bien adaptadas, que generalmente no consultan; el segundo se caracterizaría por una depresión de

abandono, (miedo básico a ser abandonado o engullido por la madre), fijación oral, no hay delirios ni regresiones profundas. Según este autor, en este cuadro habría una detención del desarrollo fijado en la fase del reencuentro cordial, momento básico en la fase de separación individuación infantil, según la teoría del desarrollo de M. Mahler (Stingo; Zazzi; Avigo, Noemí y Gatti, 1994). Este mismo año, P. Palento y Olmos de Paz, autores Argentinos, publican el libro “Estructura y estados fronterizos”, en el que plantean que la personalidad limítrofe se trataría de graves caracteropatías, con fijaciones a defensas primitivas, siendo la esencial, la escisión del self. A su juicio, son personalidades primitivas (en Dorfman, B., 1996).

Green en el año 1977, se refiere al ego del fronterizo como una entidad compuesta de diferentes núcleos incomunicados. En ese mismo año, Stone distingue nueve subtipos en el síndrome *borderline*, los que estarían en un continuo entre esquizofrenia y desórdenes afectivos con variables grados de intensidad y perturbación de los síntomas.

En el año 1979, Spitzer y Cols. plantearon que para que el diagnóstico de personalidad *borderline* exista como entidad reconocible, debe poder distinguirse de otros trastornos mediante una descripción cuidadosa, aislando características identificables que sean altamente discriminables. También hicieron una distinción entre personalidades esquizotípicas, las que relacionaron con la esquizofrenia, y personalidades limítrofes que correspondían a individuos crónicamente inestables, vulnerables, con relaciones interpersonales difíciles, pobre autocontrol y bajo sentido de identidad.

Los conceptos que expusieron estos dos autores constituyeron la base directa para la clasificación de la American Psychiatric Association, el DSM III de *trastorno de la personalidad*.

En 1980, Perry y Klerman realizan un estudio comparativo de los cuatro sistemas clasificatorios más relevantes (Gunderson y Grinker, Knight, Kernberg y Singer) logrando enumerar 104 criterios diagnósticos independientes (Paredes, 1997)

Recientes investigaciones han clarificado los rasgos descriptivos de los trastornos de personalidad límite, a través de la comparación de tres métodos explícitos: Entrevista diagnóstico para límites de Gunderson (D.I.B), los criterios del D.S.M.III y la escala de trastorno límite de Perry. La entrevista estructural de Kernberg, sería otro método diagnóstico relevante, pero este sería más global y menos específico (Paredes, 1997).

Los manuales de diagnóstico D.S.M.- IV y C.I.E 10, han sido utilizados durante los últimos años como el método de clarificación más generalizado, basados en un modelo categorial que se centra a su vez en criterios específicos y explícitos. Estos criterios representan el intento por clasificar los trastornos de personalidad límite a partir de observaciones conductuales, intentando su descripción clínica, su curso y pronóstico. También es importante mencionar que se han hecho múltiples críticas a estos sistemas de clasificación, ya que se dice pueden generar confusión y ser pobres respecto de la descripción psicopatológica del cuadro, sin embargo, es innegable decir que han servido para tener un lenguaje común y ser la base para un desarrollo en la investigación y comprensión de los trastornos de personalidad hasta nuestros días.

La mayoría de los autores que han trabajado con esta entidad afirman que existen dos áreas importantes que son consideradas para la delimitación de este trastorno: a) alteración cognitiva, conducente a funcionamiento en pruebas proyectivas y transferencia terapéutica, similares a los funcionamientos esquizofrénicos, b) alteración de identidad, relacionada con síntomas disociativos graves e ideación paranoide. Las principales propuestas psicodinámicas que explican estos puntos son los postulados de Kernberg y Gunderson. Este último autor en 1992 propuso una formulación dinámica de la personalidad *borderline*, describiendo rasgos típicos tales como bajos logros, impulsividad, intentos suicidas manipuladores, afectividad intensa predominando los sentimientos de insatisfacción, experiencias psicóticas leves, búsqueda social movida por alta dificultad para tolerar la soledad, relaciones íntimas tormentosas. Estos rasgos los agrupó en tres niveles de funcionamiento dependiendo de la presencia – ausencia de objeto primario clave. En el nivel I el objeto sería presente y apoyador, sin embargo incapaz de gratificar, siendo

este su más alto funcionamiento. El nivel II surge cuando el objeto es percibido como frustrador, predominando rasgos de desvalorización y manipulación, manifestados en actos suicidas, acusaciones paranoides, etc. Y el nivel III, se caracterizaría, siendo el más deficiente, por la ausencia o falta de objeto primario, recurriendo en estos casos a episodios micropsicóticos. Los criterios empleados por Gunderson son la base de la descripción del trastorno límite del D.S.M.IV, el cual incluye las experiencias psicóticas como parte del trastorno.

Se expone a continuación, los criterios diagnósticos para el trastorno límite de la personalidad, según las clasificaciones internacionales de D.S.M - IV y CIE-10

### **Criterios para el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad.**

#### **DSM-IV (301.83) (DSM-IV, pp. 670-671)**

Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos; marcada impulsividad, de inicio en la adultez temprana y que se presenta en varias situaciones, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

- 1) Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para si mismo (p. ej, sexo, gastos, abuso de sustancias, conducción irresponsable, atracones de comida).
- 2) Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamientos de automutilación.
- 3) Inestabilidad afectiva: cambios marcados del humor, episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad de horas o pocos días de duración.
- 4) Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado.
- 5) Un patrón de relaciones interpersonales inestables o intensas, caracterizadas por extremos de idealización y devaluación.
- 6) Alteración de la identidad: acusada y persistente inestabilidad de la autoimagen y del sentido de sí mismo.
- 7) Sentimientos crónicos de vacío.
- 8) Ira inapropiada e intensa dificultad para controlarla.
- 9) Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.



**Criterios del CIE-10 para el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad (CIE-10, pp.253-254)**

**F60.3 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad**

- Actuaciones impulsivas, violentas y explosivas.
- Escasa capacidad para planificación y anticipación de las consecuencias.
- Déficit para enfrentar la crítica y baja tolerancia a la frustración.
- Ánimo inestable.

**F60.30 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo.**

- Inestabilidad emocional.
- Ausencia de control de impulsos.
- Comportamiento amenazante o explosiones de violencia especialmente ante la crítica.

Incluye: Personalidad explosiva y agresiva.

Excluye: Trastorno disocial de la personalidad (F60.2)

**F60.31 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite.**

- Confusión y alteración de la imagen de sí mismo, objetivos y preferencias internas (incluyendo las sexuales).
- Facilidad para involucrarse en relaciones intensas e inestables, las que pueden causar crisis emocionales repetidas, acompañadas de amenazas suicidas o actos agresivos (estos pueden presentarse también sin claros factores precipitantes).

Incluye: Personalidad “*borderline*”

Trastorno “*borderline*” de la personalidad.

## **ETIOPATOGENESIS DEL TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE**

Dentro de las causas que generan los trastornos de personalidad se conjugan una serie de factores y variables bio-psicosociales que se pueden agrupar en distintos apartados según las diferentes teorías y estudios realizados. En este estudio revisaremos los factores biológico - genéticos y/o constitucionales, los factores socio-culturales y antecedentes de trauma infantil en una primera parte. En una segunda parte veremos los aportes y descubrimientos de la teoría psicoanalítica y sus formulaciones psicodinámicas que intentan establecer las raíces estructurales, dinámicas y de desarrollo de este trastorno.

### **I PARTE**

- Factores Genéticos, Biológicos y/o Constitucionales
- Factores Socio-Familiares
- Antecedentes de Trauma Infantil

### **II PARTE**

#### **Enfoque psicoanalítico:**

- Escuela Inglesa
- Escuela Francesa
- Escuela Norteamericana

## FACTORES GENÉTICO-BIOLÓGICOS Y/O CONSTITUCIONALES

Se puede decir que una gran parte del abordaje sobre las causas del trastorno de personalidad se centra donde se sitúa el continuum naturaleza-crianza. La personalidad puede dividirse en dos componentes, el temperamento y el carácter. Puede entenderse el temperamento como reflejo de la naturaleza, con inclusión de la contribución de la biología, los genes y la constitución de la personalidad, a su vez, puede considerarse el carácter, como reflejo de la crianza e incluyendo el aprendizaje e interiorización de los lazos sociales. El componente del temperamento suele reflejar las facetas motoras de la personalidad, y el componente del carácter se asocia a facetas de la percepción, sentir, pensar y atribución de significado (Perry y Vaillant, 1992 ).

Los autores que han contribuido abordando causas genético- biológicas y constitucionales para la delimitación y comprensión de este trastorno son:

D.Klein analiza la patología en función de la respuesta a la medicación, intenta determinar qué síntomas psiquiátricos específicos son predictivos del pronóstico o la respuesta a la medicación. Entre 1975 y 1977, Klein desarrolla la idea de una falta de regulación afectiva, que sería producto de la liberación de una sustancia similar a la anfetamina, la feniletilamina, lo que se traduciría en pacientes que sufren de este trastorno, como una inhabilidad psicofisiológica para tolerar situaciones interaccionales frustrantes (Millon, 1998).

Adrolius (1981) plantea la hipótesis de una disfunción neurológica. Realiza investigaciones con adolescentes fronterizos las cuales arrojan altas tasas de alteraciones neurológicas (encefalitis, epilepsia, traumatismos encéfalo craneales). Esto provocaría la disminución de las monoaminas en una región del sistema límbico. En el año 1984 Adrolius y Vogel publican una investigación en la cual subdividían al síndrome borderline en cuatro categorías, las que tienen diferentes componentes etiológicos (Jacir, 2000). Estas son:

- a) Límite psicogenético, su etiología sería de tipo psicológica debido a una fijación en la fase separación-individuación del desarrollo de la personalidad. Esta etiología sería más frecuentes en mujeres y tendría su inicio en la adolescencia.
- b) Límite relacionado con desórdenes afectivos. Sería más frecuente en mujeres y tendría una sintomatología enmascarada por conductas autodestructivas, promiscuidad sexual, abuso de drogas, etc.
- c) Límite asociado a disfunción mínima cerebral. Se produciría preferentemente en hombres, con inicio en la infancia ligado a trastornos de aprendizaje.
- d) Límite asociado a daño orgánico cerebral (epilepsia, traumatismo).

R.Cloninger a partir de un refinado modelo que intenta basarse en sustratos genéticos y neurobiológicos, propone una compleja teoría basada en la interacción de varias disposiciones de rasgos. Plantea una serie de características o dimensiones heredables: búsqueda de novedad, evitación del daño y dependencia de la recompensa. Cada una de estas dimensiones está asociada a diferentes sistemas neurobiológicos (dopaminérgico, serotoninérgico y noradrenérgico). La interacción de estos rasgos conformarían el desarrollo de la personalidad, influyendo sobre el aprendizaje, procesamiento de la información, estado de ánimo y adaptación. A partir de estas tres dimensiones, este autor describe una serie de patrones de rasgos de personalidad de segundo orden y de tercer orden de tipos o trastornos de la personalidad (Millon,1998).

H.Akiskal. Aunque sus contribuciones se centran en el espectro de los trastornos depresivos, este autor plantea propuestas significativas para esta patología. Para Akiskal, los rasgos de personalidad y los episodios afectivos se derivan de las mismas disfunciones de los neurotransmisores, lo que explicaría las alteraciones del sueño que presentan estos pacientes, similares a los casos de depresión mayor. Para este autor, el trastorno de personalidad límite pertenecería a la categoría de los trastornos del ánimo (Akiskal,1985; Millon 1998).

Por otra parte, la conducta agresiva y la impulsividad son características de estas personas. Se plantea que existirían anormalidades biológicas de los sistemas inhibitorios de tales conductas, producto de una baja del sistema serotoninérgico, alteraciones epileptiformes y a una hiperactividad dopaminérgica. Ésta hipótesis ha sido validada mediante experimentos con fluoxetina - inhibidor de la recaptación de la serotonina - en los cuales se ha observado una disminución de la irritabilidad, labilidad afectiva, impulsividad, conducta automutilante y ánimo depresivo en estos pacientes.

Siever y Davier (1991) realizaron una investigación donde relacionaron las propiedades de los neurotransmisores con varios trastornos de la personalidad. Su hipótesis se basaba en que estos trastornos podían surgir de una disfunción combinada en la que la serotonina había disminuido y la noradrenalina era hiperactiva. En su consideración, la activación sin inhibición comportamental supondría una situación de riesgo de desarrollar una patología límite (Millon, 1998).

Dentro del enfoque constitucional, en los años treinta, Kretschmer realizó un trabajo en el que intentó demostrar una vinculación entre personalidad y complexión corporal. En este estudio, el autor planteaba características según tipología física. Relacionó a personas endomórficas con rasgos ciclotímicos y plácidos, a los mesomorfos con tendencia a ser antisociales o extrovertidos y a los ectomorfos con rasgos esquizoides e introversión (Millon, 1998).

En el año 1977 A. Thomas y S.Chess realizaron un estudio sobre el temperamento. Estos autores siguieron a un grupo de recién nacidos hasta la maduración y confirmaron empíricamente que podrían identificarse variables temperamentales cuando el niño tiene dos o tres años de edad, que afectan la probabilidad de que el niño tenga un trastorno de personalidad en la vida adulta. Goldsmith y Gottesman contrastaron la correlación de los rasgos temperamentales en gemelos monocigóticos y dicigóticos.(Millon,1998)

Por otro lado, Hertzog y Birch, encontraron en una muestra de adolescentes con trastorno de personalidad límite, mayores indicios de disfunción del sistema nervioso central, que en adolescentes normales.(Millon, 1998)

## **FACTORES SOCIO-FAMILIARES**

Los estudios de historia familiar consideran la prevalencia familiar de trastornos psiquiátricos en parientes biológicos. Las primeras investigaciones indagaron la relación entre esquizofrenia y trastorno límite (Hoch y Polatin, en 1949), sin obtener resultados favorables. Después, se estudió la correlación con enfermedades afectivas (Klein,1977; Stone, 1980; Akiskal 1981,1984), y si bien se encontró que los parientes presentaban una alta prevalencia de trastornos afectivos, los lazos entre ambas afecciones no eran fuertes ni uniformes.

Algunos autores como M.Weissman, vinculan el riesgo de personalidad limítrofe con el riesgo que presentan los hijos de padres depresivos con trastornos agorafóbicos, con desórdenes por miedo o con ataques de pánico, casos que transmiten un riesgo adicional a sus hijos en un 16.3%, según este autor (Dorfman, 1992).

También es posible acercarse a otra vertiente de estudio que se centra en la niñez temprana, y plantea que tales pacientes compartirían diversas falencias en etapas precarias del desarrollo, lo que afectaría notablemente su desenvolvimiento posterior. Dentro de esta línea se encuentran las primeras investigaciones con Stern, quien en 1938 escribe un artículo en el cual diferencia el desorden *borderline* del neurótico. En aquel artículo afirma la presencia de los siguientes factores en al menos un 75% de las personas con este trastorno (Jacir, 2000):

- Falta de afecto maternal espontáneo.

- Muchas disputas entre los padres, incluyendo explosiones de ira dirigidas contra los niños.
- Separación, abandono o divorcio tempranos.
- Actos de crueldad, negligencia o brutalidad de parte de los padres, por muchos años.

Stern afirma la negativa influencia de estos factores y plantea que operan constantemente por muchos años desde la niñez temprana.

Kantor (1975) plantea que las familias con enfermos limítrofes se caracterizan por su rigidez y clausura, tendiendo a ser autoritarias y poco flexibles. Estas familias presentarían dificultades en las etapas de transición, los movimientos de autonomía e independencia del miembro de la familia que presenta este trastorno, son vividos como amenaza a la unidad familiar.

Mandelbaun (1980) categorizó patrones disfuncionales en las familias con pacientes limítrofes. Estos serían los siguientes:

- Relaciones maritales problemáticas
- Desacuerdos parentales
- Intenso apego a las familias de origen
- Influencia de traumas causados por fallecimientos, separaciones o alcoholismo en la infancia.
- Límites difusos entre padres e hijos
- Falta de tolerancia en conflictos, caracterizados frecuentemente por exceso de negativismo ( Dorfman, 1992).

Gunderson y cols. (1980), destacan la participación equitativa de ambos padres en la patología límite. Observaron que existía una fuerte unión matrimonial en detrimento del cuidado, atención y soporte del hijo, y una insuficiente labor de contención y apoyo emocional por parte de estos. Un año más tarde estos autores investigaron las cualidades

atribuidas a los padres de estos pacientes, señalando diversas características, tales como: sadomasoquismo, negligencia, pobre compromiso emocional, hostilidad, inversión de roles, escisión, conflictos entre los padres.

Las conclusiones de estas investigaciones confirman un patrón común de conductas de descuido, abuso y pobreza afectiva en etapas tempranas del desarrollo en las familias de pacientes con trastorno de personalidad límite.

Zanarini (1989) observó que el desarrollo del trastorno de personalidad estaría fuertemente asociado a : 1) una exposición a cuidadores crónicamente perturbados más que a una separación prolongada de esos mismos adultos y 2) una historia de abuso más que a una historia de negligencia.

Actualmente ha crecido el interés por evaluar y construir un elemento diagnóstico capaz de estimar el clima familiar en pacientes limítrofes. Esta motivación se concretizó en un grupo de psicólogos argentinos (Kornblit,A; Frankel,D.,1992) quienes construyeron una escala de *riesgo psicosocial*, basada en los estudios de R. Moos (1984), que se compone de cuarenta y ocho ítems agrupados en tres dimensiones, que son: dimensión de relación, dimensión de autorrealización y dimensión de organización familiar con relación a la sintomatología.

## **ANTECEDENTES DE TRAUMA INFANTIL**

Si bien este apartado correspondería a los factores socio-familiares, su importancia amerita que se les dé un espacio propio. En efecto, son varias las investigaciones que han hallado indicios de trauma en la infancia de sujetos con trastorno de personalidad límite, en particular en el área psicosexual.



Según autores como Perry, Harman y Van der Kolk, en las dos últimas décadas parece haberse detectado una mayor incidencia de abusos durante la infancia. Además sugieren que los pacientes borderline son profundamente desconfiados y reviven de manera frecuente los patrones traumáticos con los otros, debido a las expectativas conscientes o inconscientes de abuso en las relaciones íntimas.

Se ha visto que los pacientes que padecen este diagnóstico, han presentado historias de abuso sexual o físico, o bien han sido testigos de violencia doméstica. Un estudio realizado por Walsh en 1997 con familias de pacientes borderline reveló que el 64% de éstos tenía relaciones conflictivas con sus padres, caracterizada por abuso, hostilidad parental y devaluación explícita (Gabbard,1994).

Otro estudio realizado por Herman, Perry y Van der Kolk con sujetos diagnosticados como borderline, reveló que el 81% poseía una historia de trauma importante en la niñez, incluyendo abuso físico significativo, abuso sexual un 68%, y ser testigos de violencia doméstica severa un 62% (Goodwin y cols.,1990).

Ogata y cols. (1989), encontraron en una muestra de borderline confiablemente diagnosticados, que el 71% de los sujetos reportaba una historia de abuso sexual, comparado con el 22% de los controles con depresión mayor. Según Westen y cols. (1990, citado en Habinger y Heimann, 1993), el abuso sexual en particular, diferencia a los borderline en la mayoría de las muestras psiquiátricas estudiadas: “esos pacientes tienden a tener una historia de abusos por actos múltiples. El abuso típicamente ocurre en un contexto de negligencia y rechazo por los cuidadores primarios.

La asociación de patología borderline e historia de incesto en población femenina, ha sido observada en pacientes hospitalizadas (Brooks, 1983; Nielsen,1983) y en muestras psiquiátricas ambulatorias (Gartner y cols.,1986, Stone, 1981). En estos estudios, la frecuencia de experiencias incestuosas en mujeres con trastorno de la personalidad borderline osciló entre un 25% y 75%. Con respecto a esto, Stone (1981) señala el incesto

como un factor psicogénico que puede, bajo ciertas circunstancias, producir psicopatología borderline, incluso en ausencia de factores constitucionales adversos (Habinger, 1993).

En 1993, Perry y Herman llevaron a cabo un análisis inusualmente perceptivo del papel de los abusos y traumas infantiles, expresando que muchas de las características más problemáticas y difíciles de los trastornos de personalidad se entienden mejor a partir de la historia de traumas infantiles tempranos, prolongados y graves (Millon, 1998).

Los hallazgos en esta área sugieren que estas personas buscan validación para sus experiencias en sus relaciones cercanas, aclaración de sus sentimientos y un insight de la relación entre el abuso del pasado y la experiencia actual de las relaciones significativas, incluyendo la relación que se establece en psicoterapia. Resulta ilustrativa la siguiente cita de estos autores al respecto: “el patrón de tira y afloja, de buscar y después interrumpir rabiosamente las relaciones cercanas, la búsqueda repetida y la huida precipitada de la terapia, los severos problemas de desconfianza y regresión pueden todos ser comprendidos como una repetición de relaciones explotadoras y abusivas de la vida temprana” (Perry y cols.,1990).

Si bien el maltrato infantil, ya sea físico o de naturaleza sexual, es un factor importante en el desarrollo de este trastorno, cabe decir que entre un 20% y 40% de personas diagnosticadas como pacientes borderline no presentan antecedentes ni de pérdida, descuido, abuso físico, verbal o sexual, dejando de manifiesto la complejidad del tema, y las distintas variables que se entremezclan en el desarrollo y conformación del ser humano.

## ENFOQUE PSICOANALÍTICO

Si bien desde otras orientaciones psicológicas se han realizado aportes al conocimiento del trastorno de personalidad, en este trabajo consideramos mostrar los autores psicoanalíticos, los que desde distintas escuelas y orientaciones han estudiado este tema, realizando importantes aportes al conocimiento y comprensión de este trastorno. Lo dividiremos por distintas escuelas, mostrando los aportes en relación con este trastorno, de sus representantes más relevantes.

### *Escuela Inglesa:*

Esta escuela acentúa las ansiedades psicóticas y los mecanismos caracterológicos neuróticos que se erigen frente a éstas, y un modo particular de vivir la relación de objeto, dentro de sus autores más sobresalientes tenemos los aportes de:

**M.Mahler:** En el año 1971 esta autora postula por primera vez, que este tipo de pacientes tendrían una falla en su desarrollo emocional, a su vez plantea tres fases de desarrollo en la infancia temprana, las que serían:

**I-Fase autística:** Serían las primeras semanas de vida intrauterina, aquí el infante pequeño parece ser un organismo puramente biológico, con respuestas instintivas a los estímulos que son reflejos y ocurren a nivel del hipotálamo. Se puede hablar de una fase de aparatos primitivos y no integrados del yo y de mecanismos de defensa puramente somáticos.

**II- Fase simbiótica:** Sería hasta los cinco meses de vida, aquí el infante concibe a quien cumple el rol de objeto primario amoroso (generalmente la madre) como una extensión de sí mismo; no hay diferenciación de representaciones intrapsíquicas del sí - mismo y de la madre.

**III- Fase de separación-individuación:** Comenzaría alrededor de los cuatro a cinco meses de edad, en el apogeo de la simbiosis y superponiéndose a ésta, hasta los dos años y medio.

Esta fase sigue dos direcciones separadas pero intervenculadas: uno es la separación, que llevaría a la conciencia intrapsíquica de la *separación*, y la otra la *individuación*, que lleva a la adquisición de una individuación distinta y única. Se han identificado cuatro subfases de este proceso separación-individuación, aunque éstas se superponen, cada una tiene sus características propias. Estas son :

1) Diferenciación, 2) Ejercitación, 3) Acercamiento, y 4) Consolidación de la individualidad y comienzo de la constancia objetal emocional. (Mahler, 1984).

Durante el desarrollo de estas cuatro sub-fases el niño empieza gradualmente a diferenciarse de su madre y a establecer su identidad como persona con derecho propio. En el proceso de transición de la fase simbiótica a la de separación - individuación comienza a ser capaz de distinguirse intrapsíquicamente de su madre y solamente al finalizar estas etapas el niño estaría en condiciones de alcanzar la constancia libidinal.

Para Mahler el trastorno de personalidad límite tendría que ver con una alteración del desarrollo emocional temprano que tendrían éstas personas, se trataría de una falla en la subfase de acercamiento o acercamiento de la etapa separación - individuación.

Durante un desarrollo normal de esta etapa, el niño iría gradualmente diferenciándose de la madre gracias a una introyección de la imagen mental de esta. Hasta ese momento, la mente del niño funciona de manera tal que las personas y objetos existen, solo cuando él es capaz de percibirlos, si éstos desaparecen de su campo visual, dejan de existir, lo que le produce sensaciones alternantes de protección, y abandono por parte de la madre.

Cuando el niño logra la capacidad de tener representaciones mentales en ausencia de la madre o de los objetos amados, alcanza lo que conocemos como *constancia objetal*. De esta manera el niño, a través de la introyección de esta imagen mental puede tener la sensación de sentirse amado y protegido aún en ausencia del objeto amado, que en la mayoría de los casos sería la madre.

Mahler plantea que en la fase de separación - individuación, el niño desarrolla una intensa ambivalencia hacia la madre, alternando entre la cercanía y el distanciamiento negativista. Queriendo retener el cuidado de la madre y al mismo tiempo deseando aumentar su independencia, se produce un cisma, un proceso de escisión que protege la imagen que tiene el niño de la madre buena de la imagen contraria. Al buscar la separación de estas dos imágenes incompatibles, el niño no consigue la “constancia de objeto” ni se desarrolla una coherencia paralela en su propia identidad. Según esta autora, esta profunda escisión crea el defecto estructural fundamental de la personalidad límite.(Mahler,1984).

Autores como Paulina Kernberg, siguiendo los postulados de Mahler, plantea que este tipo de pacientes no sólo se han fijado en la etapa de acercamiento, sino que también se han detenido en las etapas de diferenciación, ejercitación. Y que dentro de las causas de este trastorno se identificaría cualquier factor que interviniese en cualquiera de las etapas en el proceso de separación-individuación (Weinstein, 2003).

**Rinsley y Masterson (1975):** Basados en la teoría del desarrollo de Mahler postulan al igual que esta autora, que la subfase de acercamiento de la etapa individuación-separación sería la etapa del desarrollo donde existiría una fijación que desencadenaría más tarde un trastorno de personalidad. Plantean que si bien, en estos pacientes existe una separación sujeto - objeto, persiste la escisión de representaciones buenas y malas del self y de los objetos, la fijación en esta subfase contribuiría a que el niño creciera con sentimientos de que existen sólo dos maneras de estar en el mundo: sentirse abandonado y culpable, o bien negar la realidad no creciendo (Gabbard,1994).

También éstos autores desarrollan la idea de que la madre de estos pacientes, puede haber sufrido también un trastorno límite, consideran que el niño es animado a continuar con un vínculo simbiótico, ya que la madre temería perder su amor si el niño se empeña en adquirir autonomía. Para ellos ser autónomos significaría perder el amor materno, ésta ambivalencia crea un cisma intrapsíquico: cualquier forma de autoafirmación amenaza con el abandono.

Estos autores señalan que estos pacientes no llegan a desarrollar una adecuada constancia objetal, lo que explicaría de alguna forma las dificultades que tienen para establecer relaciones interpersonales estables, sus dificultades para tolerar la soledad o ausencia de la madre (u otro ser significativo) sin sentirse vacíos, abandonados, aniquilados o aburridos, ya que no lograrían tener una representación mental adecuada de sus seres significativos que les proporcionasen tranquilidad y bienestar interno (Gabbard,1994)

Rinsley posteriormente paso de centrarse en el papel de la separación-individuación, a estudiar una concepción de “insuficiencia”, según este autor una presencia materna muy deficiente era la esencia de la patogenia del trastorno límite.

**Fairban (1940-1952):** Uno de los principales fundadores de la escuela de relaciones objetales, destacó la influencia de la despersonalización, desrealización y alteraciones del sentido de realidad en varios síndromes que denominó “caracteres”, “estados”, “personalidades” esquizoides. De acuerdo a este autor el origen de la incapacidad del esquizoide para percibir a los demás y de dar o recibir afecto, tendría que ver con una fijación en los estadios libidinosos orales. Si bien, este autor no habla propiamente tal de trastorno de personalidad, sus investigaciones sobre los esquizoides aportan de manera significativa al estudio de este trastorno (Millon,1998)

**D.Winnicott :** En 1953 este autor introdujo el término de *objetos transicionales*, el cual lo utiliza para significar una zona media entre la fantasía y la realidad que ayuda a tranquilizar al niño en ausencia de la madre, generalmente se trata de objetos como peluches, muñecas, o bien, una postura corporal o una música determinada. La precariedad en la constancia objetal que tienen los pacientes con trastorno de personalidad límite, explicaría en parte la tendencia de estos pacientes a usar frecuentemente estos objetos transicionales, los que facilitarían el puente hacia la constancia objetal, ayudando a la separación del niño con la madre ya que le otorgan una sensación ilusoria de seguridad y control (Greenberg y cols,1992, en Jacir, 2000). Para Winnicott la posibilidad de que se desarrolle un niño, va a depender de la existencia de una madre ambiente, capaz de

satisfacer necesidades tempranas de él, y a esto agrega la función del padre, de que sea a su vez capaz de acoger a la madre (Muñoz, 2002).

En 1968 define el término *borderline* cuando se refiere a los pacientes en los cuales el núcleo de perturbación es psicótico, pero ellos revelan una organización psiconeurótica suficiente.

Siguiendo esta misma línea **Modell** (1963) sostiene que los problemas del desarrollo en los pacientes *borderline* resultan de “relaciones distorsionadas con los objetos del mundo” (Gunderson, 1992 p. 69 citado en Jacir, 2000). Investigaciones realizadas por Arkema (1981) y Morris y cols. (1985), hallaron que los pacientes *borderline* pueden diferenciarse de otros pacientes con otro trastorno de personalidad por la importancia del objeto transicional en sus historias, destacan que presentarían una historia infantil con un uso abundante y dependiente de tales objetos, incluso hasta la vida adulta.

### *Escuela Francesa*

**Jean Bergeret:** Este autor ha realizado diversos trabajos acerca de la personalidad normal y patológica. Bergeret plantea un tronco común en los estados límites, que tendría que ver con un bloqueo evolutivo de la madurez afectiva del yo, en un momento en que ésta no se encuentra diferenciada sexualmente.

Para este autor, el yo experimenta un hecho de la realidad externa (que en otras circunstancias estructurales pudo no haber tenido el mismo impacto significativo), como una frustración muy viva, que se experimentaría como un riesgo de pérdida de objeto, en el momento de ingresar al Edipo, denominándolo “traumatismo psíquico precoz”. Este traumatismo correspondería a un sobresalto pulsional intenso, que aparece en un estado muy poco organizado y poco maduro en cuanto a su estructura, adaptaciones y defensas. De este modo el niño entraría precoz y bruscamente a una situación edípica para la cual no

estaba preparado, lo que le imposibilita establecer una relación triangular y genital con sus objetos de una forma más apropiada.

Este primer traumatismo tendrá la consecuencia de ser el primer desorganizador en el desarrollo del niño deteniendo la evolución libidinal posterior, encontraremos así, esta evolución paralizada de golpe, a veces por mucho tiempo, llegando en casos a cubrir la vida adulta en una especie de pseudo latencia más precoz y duradera que la normal.

Para este autor este tronco común de los estados límites se diferenciará de lo que va a ser una estructura neurótica o psicótica, ya que no podría ser visto como una verdadera estructura, ya que no posee fijaciones, solidez ni especificidad definitiva como las organizaciones verdaderamente estructuradas. Para él, este tronco sólo puede quedar en una situación disposicional, pero no fija. Sería una organización provisoria, aún cuando pueda prolongarse por mucho tiempo, sin mayores modificaciones (Weinstein, 2003)

Estructuralmente el estado límite se presentaría como un intermediario entre la neurosis y la psicosis. El estado límite se situaría como una enfermedad del narcisismo en el cual el yo, no pudo acceder a una relación de objeto genital, es decir, a un nivel de conflicto neurótico entre el ello y el super yo, aquí la relación de objeto ha quedado fijada en una dependencia anaclítica con el otro. El peligro inmediato contra el cual se defiende el estado límite, sería esencialmente la depresión.

La relación de objeto límite, sería una relación de a dos, pero a diferencia de la díada psicótica, se trata aquí de ser amado por el otro, el fuerte, el grande, estando separado a la vez, de ese otro como objeto distinto, pero a la vez apoyándose contra él.

Las defensas que se utilizarían en este estado consistirían básicamente en un desdoblamiento de imagos, de reacciones proyectivas, forclusión, evitamiento. A raíz de un segundo traumatismo psíquico desorganizador, sobreviene en estos pacientes una gran crisis de angustia aguda, según este autor mal llamada “neurosis de angustia”.



Más que estados límites en el niño, este autor prefiere hablar de organizaciones indiferenciadas de tipo anaclítica, la que daría cuenta de una falla en el narcisismo secundario (Weinstein, 2003).

#### *Escuela Norteamericana:*

Esta escuela pone el énfasis en la labilidad yoica del yo o del self y en el fenómeno de difusión de identidad y en el detrimento v/s fortalecimiento de las funciones yoicas. Dentro de sus adherentes tenemos a los siguientes autores:

**O. Kernberg:** Ha realizado diversas investigaciones acerca del tema desde los años sesenta, hasta nuestros días. Adscribe a la teoría de las relaciones objetales, según la cual, dentro del aparato psíquico se constituyen representaciones de sí - mismo y de los objetos.

Este autor plantea el término de “organización fronteriza de la personalidad”, ya que estos pacientes presentarían una organización patológica de la personalidad, específica y estable, y no un estado transitorio que fluctúe entre la neurosis y la psicosis (Kernberg, 1979). Para este autor los síntomas iniciales pueden ser similares a los de las neurosis, mientras que por otro lado, estos pacientes pueden sufrir episodios psicóticos pasajeros estando bajo gran tensión, o alcoholizados o drogados. En un abordaje analítico clásico, suelen experimentar una pérdida de la prueba de realidad e incluso tener ideas delirantes en el vínculo transferencial, por lo que desarrollan una psicosis transferencial, más que una neurosis de transferencia.

Kernberg realiza un análisis descriptivo, estructural y genético-dinámico de la organización fronteriza de la personalidad. El análisis estructural se basa considerando al yo como una estructura general que integra subestructuras y funciones y como una forma de explorar los derivados estructurales de las relaciones objetales internalizadas. (Kernberg, 1979).

Existirían tres parámetros para reconocer la personalidad fronteriza y diferenciarla de la neurosis y la psicosis según este autor:

Identidad: Existiría el síndrome de “difusión de identidad”, caracterizado por el uso persistente del mecanismo de defensa de escisión, el que mantendría los aspectos contradictorios del self pobremente integrados, manteniéndolos separados.

Defensas prevalentes: Predominio de defensas primitivas.

Prueba de realidad: Generalmente se encuentra conservada pero puede fallar transitoriamente.

El análisis estructural de este autor consideraría lo siguiente:

1) Manifestaciones inespecíficas de labilidad yoica:

La labilidad yoica tendría aspectos específicos, como por ejemplo el uso de defensas primitivas, pero existirían también aspectos inespecíficos, que son tres:

- Falta de tolerancia a la ansiedad: Una ansiedad mayor a la habitual provocaría nuevos síntomas, actitudes aloplásticas o regresión yoica. Más que el grado de ansiedad, importa aquí como el yo reacciona frente a una carga adicional de la misma
- Falta de control de impulsos: Altamente individualizada y forma parte de una caracterología defensiva, lo que daría una mayor tendencia a la actuación.
- Insuficiente desarrollo de canales de sublimación: Aquí se debe considerar factores constitucionales como la inteligencia y comparar sus potencialidades y logros, y el medio estimulante, ya que un ambiente social carenciado puede mostrar al sujeto como poco creativo, y tal vez no lo sea, y al revés, un ambiente estimulante puede tornar adaptado a un individuo y disimular la falta de creatividad y goce, que son características de la sublimación.

2) Desviación hacia el pensamiento de proceso primario:

Sería el indicador estructural individual más importante de la organización fronteriza. Esta evidencia suele no manifestarse clínicamente, pero en los test proyectivos aparecen evidencias del pensamiento de proceso primario como fantasías primitivas, poca adaptación a los datos formales del test, y en especial uso de verbalizaciones peculiares, es por eso que las pruebas proyectivas serían un instrumento indispensable de diagnóstico de la personalidad fronteriza.

3) Operaciones de defensas específicas en el nivel de la personalidad fronteriza:

Es importante aclarar, antes de examinar las defensas que el yo temprano debe cumplir normalmente, dos tareas esenciales: primero, diferenciar entre las imágenes del sí mismo y las imágenes objetales que forman parte de las tempranas introyecciones e identificaciones; segundo, integrar esas imágenes bajo la influencia de derivados de instintos libidinales, con las imágenes constituidas bajo la influencia de derivados de instintos agresivos. En la personalidad fronteriza, existiría una intensificación y fusión patológica de los procesos de escisión.

La necesidad de salvaguardar al sí - mismo bueno, a las buenas imágenes objetales y a los buenos objetos externos ante la peligrosa presencia del sí - mismo y las imágenes objetales totalmente malas, hace entrar en acción una serie de defensas, que serían las siguientes:

- Escisión
- Idealización primitiva
- Tempranas formas de proyección: en especial la identificación proyectiva.
- Negación
- Omnipotencia y desvalorización

#### 4) Patología de las relaciones objetales internalizadas:

Consistiría en una incapacidad para sintetizar las introyecciones e identificaciones buenas y malas, siendo el principal factor etiológico el exceso de agresión primaria o de la agresión secundaria o de la frustración. Los fronterizos suelen tener una incapacidad para sentir culpa y preocupación por los objetos, por su incapacidad de concebir objetos totales. La imposibilidad de integrar imágenes “totalmente buenas” y “totalmente malas” obstaculiza también la integración del superyo. La constante proyección de imágenes totalmente malas de sí mismo y de los objetos perpetúa un mundo de objetos peligrosos y terribles, de los cuales el sujeto se defiende con imágenes totalmente buenas de sí mismo.

Estos aspectos se ven en los rasgos de los fronterizos al no poder evaluar a los demás en forma realista para entablar con ellos una verdadera empatía (Kernberg,1979).

Análisis Genético- Dinámico: En la historia de pacientes fronterizos, es frecuente constatar experiencias de frustración extrema e intensa agresión en los primeros años de vida, la excesiva agresión pregenital sobre todo oral, tiende a ser proyectada provocando una distorsión paranoide de las tempranas imágenes parentales: la madre, sobre todo, es vista como potencialmente peligrosa y el odio hacia ella se hace extensivo a ambos padres, que son vistos como un grupo “unido”. Al mismo tiempo se produce un prematuro desarrollo de las tendencias genitales, para evitar la rabia y los temores orales; tal intento fracasa a menudo debido a la fuerza de la agresión pregenital, lo que contamina las tendencias genitales de forma distinta en cada caso (Kernberg,1979).

**G.Adler y Dan H. Buie (1979)**, señalan una incapacidad de los pacientes limítrofes, para mantener fantasías (que a veces dicen no tener) o imágenes positivas de las personas significativas - de las que guardan sólo recuerdos de carácter negativo - ésta falla, proponen se vincularía con un núcleo experiencial de soledad penosa, que incluye sentimientos de abandono, vacío, pánico y a veces desesperación. Para evitar o aliviar

esta soledad, el sujeto demanda ser contenido, alimentado, tocado y fusionado. Cuando estas expectativas no se concretan sobreviene la rabia, que sienten como aniquiladora. Ambos autores explican que éstos pacientes presentarían un impedimento particular en la capacidad para la constancia evocativa y que son proclives a regresiones a la etapa de la memoria de reconocimiento o aún más temprana, especialmente cuando se enfrentan con situaciones estresantes. Este déficit en la memoria evocativa impediría el desarrollo de la constancia objetual incidiendo en la habilidad para establecer y mantener un sentido de sí mismo duradero y un sentido de relación o vínculo con otros significativos durante momentos estresantes. (Dorfman, 1992). Por otra parte Adler relaciona el déficit en la memoria evocativa con un fracaso en el desarrollo de la formación de capacidad de autocuidado de estas personas. Estas capacidades se derivarían de la habilidad del niño para evocar recuerdos confortantes, de personas entregadoras de cuidado significativos, incluso en ausencia de éstos. Sin esta capacidad para evocar recuerdos de autocuidado estables, estos pacientes estarían destinados a intensos sentimientos de soledad y pánico (Gabbard,1994).

**G.Gunderson:** En el año 1992 propone una formulación dinámica del síndrome borderline, haciendo un refinamiento de la aproximación usada por Grinker y cols., para la cual describe síntomas y características clínicamente observables. (ver a continuación en apartado sobre manifestaciones clínica-semiológicas).

Este autor aparte de la descripción basada en un criterio fenomenológico, postula la hipótesis de que en estos pacientes existiría un fracaso genético en la fase de simbiosis, lo que anularía o debilitaría la capacidad de estas personas para discriminar yo de -no-yo, posibilitando trastornos psicóticos en el abordaje de la realidad, ya que no sólo se observaría como una reacción al estrés, sino que se debería a fallas estructurales de control cognitivo.(Paredes,1998, en Jacir 2000)

## MANIFESTACIONES CLÍNICA-SEMIOLÓGICAS

Categorías sintomáticas según O. Kernberg (1975) p 23-24

Para este autor los fronterizos presentarían al comienzo una típica sintomatología neurótica, la que sería sólo aparente. Para él, ninguno de los síntomas que se expondrán a continuación son patognómico de por sí, pero la presencia de dos o tres ya sería un importante indicio de pertenecer a una personalidad fronteriza. Estos son:

- a) ansiedad flotante, crónica y difusa
- b) Neurosis polisintomática (fobias múltiples, síntomas obsesivo-compulsivos, múltiples síntomas de conversión, hipocondría, reacciones disociativas, tendencias paranoides e hipocondríacas).
- c) Tendencias sexuales perverso-polimorfas
- d) Las “clásicas” estructuras de la personalidad prepsicótica (paranoides, esquizoides e hipomaníacas y ciclotímica).
- e) Neurosis impulsiva y adicciones
- f) Desórdenes caracterológicos de “nivel inferior” (personalidad infantil, personalidad narcisista y personalidad antisocial) (Kernberg,1979)

Síntomas y características clínicamente observables según Gunderson (1975), (cit en Millon,1998)

- a) Bajos logros, actividad laboral mínima.
- b) Impulsividad
- c) Habilidades sociales superficiales
- d) Relaciones íntimas perturbadas
- e) Manifestaciones manipulativas de intención suicida
- f) Episodios psicóticos leves.
- g) Predominio de afectos más rabiosos que amorosos

## **PERSONALIDAD LÍMITE /ESTRUCTURA DE PERSONALIDAD**

En este estudio se lleva a cabo una aproximación estructural al trastorno de personalidad límite, es decir, se centra en el análisis estructural, siguiendo los postulados de Kernberg para su análisis. Para esto es necesario saber qué se entiende por diagnóstico estructural y cuáles son los distintos planteamientos relacionados al concepto de estructura mental, con el objeto de delimitar y establecer desde que perspectiva se evalúa la estructura de personalidad de este grupo de personas diagnosticadas como trastorno de personalidad límite a la prueba Rorschach.

La aproximación dinámico-estructural para el entendimiento y comprensión de las enfermedades mentales surge a partir de la necesidad de la Psicología psicoanalítica de intentar comprender la enfermedad desde un punto de vista de una organización dinámica del funcionamiento psíquico. En este contexto aparece el diagnóstico estructural, el que trata de determinar cuáles son los dinamismos y estructuras mentales con los que funciona el individuo, lo que implica necesariamente tener un modelo estructural de la mente (Pinto y Puga, 1985).

Freud es quien propone el primer modelo estructural de la mente: en 1900 plantea su modelo topográfico, en el cual divide la psiquis en tres agrupaciones o sistemas mentales: (inconsciente - preconsciente y consciente). En el año 1923 propone un segundo modelo de aparato psíquico, en el que postuló la existencia de tres instancias psíquicas (yo-superyo - ello) (Pinto y Puga, 1985).

Dentro de lo que ha sido el desarrollo del pensamiento psicoanalítico, es importante destacar los aportes realizados por los autores que se adscriben a la Psicología del yo por un lado y a los teóricos de las relaciones objetales por otro.

Para la psicología del yo, el análisis estructural se refiere a la comprensión de los procesos mentales desde la perspectiva de las instancias psíquicas (yo – superyo - ello). La psicología del yo se basa en la formulación de Freud en su segunda tópica de su modelo estructural, y lo desarrolla enfatizando su análisis en el funcionamiento yoico. Según esta

postura, sus autores principales, representados por Hatmann, Lowenstein, Kris y otros (Kernberg,1979 a; Florenzano,1984: citado en Pinto y Puga, 1985) el yo se concibe como una combinación de estructuras y funciones que canalizan los procesos mentales en forma relativamente estable. Se conceptualiza al yo como estructura central, como instancia integradora de la persona, un representante del mundo externo, que al mismo tiempo sirve al mundo interno y a la fuerza de los impulsos. De esta manera, se define al yo como un sistema coherente de funcionamiento, que media entre las demandas instintivas y el mundo externo (Góngora,1984; citado en Pinto y Puga,1985).

La teoría de las relaciones objetales es un segundo aproximamiento dinámico estructural de las enfermedades mentales, representa el estudio psicoanalítico de la naturaleza y origen de las relaciones interpersonales y de la naturaleza, y origen de la estructura intrapsíquica que derivan de relaciones internalizadas del pasado, fijándola, modificándola y reactivándola con otras, en el contexto de las relaciones interpersonales presentes (Kernberg,1979). Esta teoría enfoca la internalización de las relaciones interpersonales, su contribución al desarrollo normal y patológico del yo y superyo y las recíprocas influencias de las relaciones objetales intrapsíquicas e interpersonales. Existen distintas corrientes dentro de la teoría de las relaciones objetales, y al parecer la definición más simple es la que plantea que “la teoría de las relaciones objetales se refiere a la internalización y estructuración de las relaciones interpersonales y la transformación de éstas en sistemas de motivación de la conducta” (Gomberoff, 1999 p. 64). Esta concepción implica que la estructura de personalidad depende de la internalización de las relaciones objétales, las que son a su vez diádicas o bipersonales, estas identificaciones no son con objetos singulares, sino que con la relación, ya que en toda relación hay una imagen de “sí mismo” en interacción con la “representación de otro”, y esta interacción se efectúa dentro de un estado afectivo, o sea, de un afecto dominante.

Existen distintas escuelas psicoanalíticas que se adhieren a la teoría de las relaciones de objeto, las que serían:

- Corriente Kleiniana, representante de la escuela de relaciones objetales británica.
- Corriente culturalista, representada por Harry Stack Sullivan.



- La escuela de la psicología del yo, en su mayoría americana, representada actualmente por Charles Brenner.
- La posición de Kernberg, que sería una integración de aspectos de la escuela británica y de la psicología del yo.

Para Kernberg, la teoría psicoanalítica de las relaciones objetales se ocupa en especial del campo intrapsíquico y de las estructuras intrapsíquicas que representan la relación diádica primaria, que más tarde se extiende en múltiples direcciones. Desde esta perspectiva, el estudio estructural de la personalidad se ha creado para analizar los derivados estructurales de las relaciones objetales tempranas y los distintos niveles de organización del funcionamiento psíquico.

Este estudio se centra en los postulados de Kernberg para establecer la organización límite de la personalidad.

Kernberg desarrolla un modelo estructural de la mente centrado en la internalización de las relaciones objetales. Para él, la estructura de personalidad se concibe como una organización jerárquica de sistemas motivacionales íntimamente ligados a las relaciones objetales internalizadas.(Kernberg,1976).

A partir de la idea que la estructura psíquica se configura a través del desarrollo psicológico, el desarrollo sería el resultado de las relaciones internalizadas. Evolutivamente, las primeras relaciones de objeto se internalizarán primero a partir de la interacción con la madre. Es por eso, que las características que tenga este vínculo inicial con la madre, y luego con la dinámica intrafamiliar, en el interjuego con los aspectos genético y y constitucional del individuo, configurarán una determinada estructura psíquica (Pinto y Puga, 1985).

A partir de estas concepciones, Kernberg propone tres niveles de organización estructural ubicables en un continuo que va de menor a mayor grado de patología. Éstas son:

- a) El grado de integración de la identidad
- b) El tipo de operaciones defensivas
- c) El tipo de examen de realidad.

Con esta definición estructural, Kernberg integra postulados de la psicología del yo y de los teóricos de las relaciones objetales. Para éste autor, cada dimensión o criterio por sí solo no es suficiente ni revelador de un determinado tipo de estructura, sino la interrelación de todas ellas, es la que permite establecer un determinado nivel estructural de organización de la personalidad. (Pinto y Puga, 1985).

Según este autor, la organización neurótica de la personalidad implica una identidad integrada, presentaría una organización defensiva centrada en la represión y otras operaciones defensivas avanzadas o de alto nivel. En contraste, las estructuras límite y psicóticas se encuentran en pacientes que poseen una predominancia de operaciones defensivas primitivas centradas en el mecanismo de escisión. La prueba de realidad se encontraría conservada en la organización neurótica o límite, y estaría alterada en la organización psicótica (Kernberg, 1984). Así, la forma como se manifieste cada una de estas dimensiones y la interrelación entre ellas, permitirá establecer el tipo de organización estructural de cada individuo.

## **ESTRUCTURA DE PERSONALIDAD BORDERLINE: LA ORGANIZACIÓN FRONTERIZA DE LA PERSONALIDAD**

Kernberg (2001) refiere que las diversas clasificaciones de la personalidad tienen bases teóricas muy distintas, y que comparar de manera descriptiva los cuadros olvidando estas bases teóricas, lleva a confusiones, puesto que lo que cada aproximación observa o denomina como cierto rasgo o trastorno, puede confundirse con otro, que ha recibido el mismo nombre bajo otro marco teórico. De esta manera, el autor refuerza la idea que sustentarse en una base teórica determina lo que uno observa y clasifica, y que esto no puede dejar de tomarse en cuenta al momento de clasificar los desórdenes y comparar distintas sistematizaciones (Copaja, 2001).

Siguiendo con esta idea, es importante señalar que este trabajo se centra en la definición de O. Kernberg de “organización fronteriza de la personalidad” para referirse a los trastornos de personalidad, es decir la concepción que se usará de este trastorno se basa en términos de organización estructural. Si bien Kernberg considera que el trastorno borderline puede ser considerado un síndrome que agrupa diversos síntomas, su aporte se basa principalmente en el diagnóstico estructural, el cual evalúa la organización predominante de la estructura intrapsíquica de una persona (neurosis – borderline - psicosis).

Primero, al enfocar este estudio hacia un análisis estructural de la organización limítrofe, hay definir primero qué se entiende por estructura dentro de la psicología psicoanalítica de Kernberg, ya que es desde este autor la aproximación al concepto de estructura limítrofe de este trabajo. Kernberg entiende el concepto de estructura de la personalidad como una organización molar, en la cual todos los elementos se integran de manera específica, dando lugar a una matriz subyacente desde la cual se organiza y manifiesta todo el aparato psíquico del individuo (Kernberg, 1979). Kernberg desarrolla un modelo estructural de la mente centrado en el proceso de *internalización de las relaciones objetales*; desde esta perspectiva, la estructura de personalidad es concebida como una organización jerárquica de sistemas motivacionales íntimamente ligados a las relaciones objetales internalizadas (Kernberg, 1979 b). Estas estructuras se constituyen a través de la interacción, durante el desarrollo de factores genético constitucionales, familiares,

bioquímicos, psicodinámicos y sociales. Siguiendo estos postulados, Kernberg propone tres niveles de organización estructural ubicados en un continuo que va de menor a mayor grado de patología. Estos son:

- estructura neurótica
- estructura borderline
- estructura psicótica

Y son definidos a partir de tres dimensiones de análisis: (Kernberg,1980).

- Identidad: grado de integración
- Mecanismos de defensa
- Examen de realidad

Siguiendo este análisis, la estructura borderline se caracterizaría entonces por:

- Identidad: Síndrome de difusión de identidad
- Mecanismos de defensa: Se basarían principalmente en la escisión.
- Examen de realidad: Estaría conservado, pudiendo sufrir distorsiones en situaciones de intenso afecto.

La teoría de Kernberg integra postulados de la psicología del yo y además incluye una hipótesis dinámica de las relaciones objetales.

Siguiendo estos planteamientos, habrían dos *tareas* fundamentales que el yo temprano debería cumplir: (Kernberg,1975):

1. Diferenciación entre las imágenes del yo y las imágenes objetales que forman parte de las tempranas introyecciones e identificaciones.

2. Integración de las imágenes del yo y de los objetos ,constituidas bajo la influencia de derivados de instintos libidinales con las correspondientes imágenes de sí mismo y de los objetos constituidas bajo la influencia de derivados agresivos.

Kernberg plantea que los pacientes borderline habrían pasado satisfactoriamente la fase simbiótica (Mahler, 1984), de manera tal que el yo y el objeto se distinguen claramente, sin embargo, al mismo tiempo ha habido una fijación en la etapa de separación individuación, específicamente en la etapa de acercamiento, lo que traería como consecuencia, el hecho que estos pacientes estarían siempre reviviendo la crisis infantil en que temen que los intentos de separación de la madre, resulten en la desaparición y el abandono de ella.

Con respecto a la segunda tarea, Kernberg plantea:

“En cambio, la segunda tarea, o sea, la integración de imágenes de si mismo y de los objetos constituidos bajo las influencias de derivados de los instintos libidinales y sus afectos afines, con las correspondientes imágenes de si mismo y de los objetos constituidas bajo la influencia de derivados de instintos agresivos y sus afectos afines, fracasa en gran medida en los pacientes fronterizos, fundamentalmente debido al predominio patológico de la agresión pregenital. La consecuente falta de síntesis de las imágenes contradictorias de si mismo y de los objetos obstaculiza la integración del concepto de si-mismo y el establecimiento de la constancia objetal o la capacidad de formar relaciones objetales totales” (Kernberg, 1984 p 123). Siguiendo a Kernberg, se podría decir que los pacientes borderline fracasarían en la segunda tarea.

A raíz de este fracaso, en estos pacientes *no habría entonces constancia objetal*; no podrían integrar aspectos buenos y malos de sí mismos ni de sus objetos significativos, manteniendo así separadas estas imágenes mediante la escisión, percibiendo alternadamente el sí mismo y el objeto como completamente malo o completamente bueno.

Esta falla en la integración de las representaciones del sí mismo y los objetos, y por ende, la falta de una identidad integrada característica en las estructuras borderline, constituye el *síndrome de difusión de identidad*.

### DIFUSIÓN DE IDENTIDAD

Este fenómeno es definido por Erickson (1956.cit. en Kernberg, 1979) como la falta de un concepto integrado de sí mismo y de un concepto igualmente integrado y estable de los objetos totales. Kernberg en 1967, empieza a aplicar el concepto de: difusión de identidad como causado por la característica estructural de la *organización borderline de la personalidad* y de la patología de las relaciones objetales internalizadas. Para él consistía en una falta en la integración del sí mismo y de un concepto integrado y estable de objetos totales con relación consigo mismo. De esta forma, la difusión de identidad es un síndrome típico de la organización de personalidad borderline: que no se ve en patologías del carácter menos severas y en pacientes neuróticos, y que es consecuencia directa de las introyecciones e identificaciones (Kernberg, 1976)

La falta de integración de las imágenes del sí mismo y de los objetos buenos y malos tienen que ver con el predominio de imágenes del sí mismo y de los objetos de tipo agresivo, por lo que no ha podido formarse un núcleo yoico suficientemente fuerte alrededor de una imagen buena del sí-mismo. Conciliar imágenes del sí mismo y de los objetos significativos radicalmente opuestas, unas cargadas de amor y otras de odio, desencadenarían un monto intolerable de ansiedad y culpa, debido al peligro que ello encerraría para las relaciones de objeto con los buenos internos y externos (Kernberg, 1976).

La consecuencia de esto, es que como el concepto de sí mismo no se integra, se depende de objetos externos en forma excesiva para poder lograr continuidad de acción, pensamiento y sentimiento, también el super yo no se integra como orientador de la identidad (por la contradicción entre las imágenes totalmente buenas e idealizadas y aquellas totalmente malas); los núcleos superyoicos quedan en estado primitivo,

manifestándose en tendencias paranoides (Gomberooff, 1999). La percepción de los otros como individuos independientes, también se ve interferida por la falta de integración del sí mismo, manifestándose en una inhabilidad para lograr interacciones significativas y empáticas, debido principalmente a una falta de continuidad y consistencia en la imagen del sí mismo y los objetos, fenómeno que impide a su vez una evaluación realista de los otros. Las relaciones a largo plazo se caracterizan por una distorsión creciente en la percepción de los otros; al no lograr empatizar, las relaciones son caóticas y superficiales, y las relaciones íntimas generalmente están contaminadas por la condensación de conflictos genitales y pregenitales (Kernberg, 1980). Para Kernberg, la falta de integración no es del yo y el objeto, sino *entre* los aspectos buenos y malos de ambos.

Dado que se ha completado la diferenciación sí mismo / objeto en la estructura borderline el esfuerzo defensivo se dirige principalmente hacia la preservación de este nuevo yo que emerge (Pinto y Puga, 1985). En estas estructuras, el principal mecanismo de defensa que ocupa el yo para defenderse de la ansiedad es el splitting o escisión. Por medio de él, el yo logra mantener activamente separadas las introyecciones de valencias positivas de las negativas y con esto, preservar al yo placentero de la posible aniquilación del componente sádico.

Se entiende entonces que la difusión de identidad es una consecuencia directa de la estructuración de la personalidad borderline.

## EXAMEN DE REALIDAD

Para Kernberg el paciente borderline no pierde el examen de realidad, generalmente está conservado, pero tiende a sufrir regresiones en momentos de afecto intenso. Esta forma de relación con la realidad - adecuada, pero que puede sufrir distorsiones- es producto de su estado de identidad difusa. Siguiendo con este tema, distintos autores coinciden que sólo ante intensos estados afectivos el sujeto con estructura borderline de personalidad es capaz de perder el contacto con la realidad. Los quiebres psicóticos en estos pacientes están asociado generalmente a temas de ira, agresión, dependencia y sexualidad (Pinto y Puga, 1985).

El paciente con organización psicótica de la personalidad no ha logrado internalizar relaciones objetales, no pudiendo diferenciar entre el yo y el objeto. Como ya se ha mencionado anteriormente, el borderline ha logrado esta tarea. Si bien Kernberg habla de psicosis transferencial y estados psicóticos transitorios en los borderline (Kernberg, 1975), los estados psicóticos transitorios en el borderline, al contrario que en la psicosis (dado que el paciente puede diferenciar entre sí mismo y no sí mismo), pueden ser aceptados y reconocidos con la ayuda del criterio de realidad consensual aportado por un entrevistador. La psicosis de transferencia es un fenómeno que en los borderline se produce con conciencia de la distinción con el terapeuta, en el que el paciente puede que adquiera rasgos del terapeuta o que proyecte en él rasgos suyos, pero nunca hay la sensación psicótica de ser uno con el terapeuta.

Si uno se detiene en que el concepto de los límites sí mismo / objeto se relaciona a los procesos de pensamiento, al existir en estas estructuras diferenciación de los límites, aunque sea débil, las alteraciones del curso formal del pensamiento aparecen, aunque no de forma tan grave como en la organización de personalidad psicótica. Como se mencionó anteriormente, si bien existe la tendencia de desviación hacia el proceso primario de pensamiento en situaciones de intensa afectividad, ésta es sólo ocasional y acompañada de procesamiento interno que le permite la adecuada recuperación.



En las estructuras borderline, las distorsiones se refieren más bien a la exactitud de la percepción, es decir a una “falta de distinción entre la experiencia interna y la realidad externa, con una subsecuente tendencia a sobrevalorar la realidad externa con la propia connotación afectiva de ella” (Sugurman, 1981, citado en Pinto y Puga, 1985).

Esto se relaciona con la forma en que modulan los impulsos y afectos los pacientes con esta estructura de personalidad. La experiencia temprana del paciente borderline y su consecuente inhabilidad para integrar experiencias emocionales negativas y positivas los predispone a tener dificultades en la organización afectiva. Se aprecia que estos pacientes tienen dificultades en integrar afectos con pensamientos, y producto de esto les es muy difícil controlar y modular su expresión emocional, por lo que los afectos tiñen la percepción de la realidad, alterando su relación con ella. Se observan vacilaciones entre un sobre control de las experiencias afectivas, o bien, son pasivamente inundados por ellas. El tipo de afectos, además, se caracteriza por contenidos fusionados de impulsos orales y genitales (Pinto y Puga, 1985).

Otra manifestación de debilidad que se presenta en esta organización de la personalidad es su baja tolerancia a la ansiedad: generalmente estos pacientes presentan una ansiedad flotante, crónica y difusa, que les resulta muy difícil de tolerar (Kernberg, 1979).

#### MECANISMOS DE DEFENSA.

En la estructura borderline se veía que se ha completado la diferenciación sí mismo/ objeto y el esfuerzo defensivo se dirige principalmente hacia la preservación de este nuevo yo que emerge (Smith, 1981, citado en Pinto y Puga, 1985). En esta estructura, el principal mecanismo defensivo que usa el yo para protegerse de la ansiedad es la *escisión*, a través del cual se logra mantener activamente separadas las introyecciones de características positivas y negativas, y con esto se preserva al yo de la posible aniquilación del componente sádico. Como consecuencia del uso de este mecanismo defensivo, existe una configuración de imágenes del sí mismo y del objeto “completamente buena”, yuxtapuestas a una organización del sí mismo y del objeto “completamente mala”.

“El mecanismo de escisión puede ser considerado una consecuencia de lo que primitivamente fue una falla “fisiológica” de capacidad de integración en el aparato psíquico. Se convierte después en una operación defensiva esencial del yo temprano que se transformará más tarde en un mecanismo que participa especialmente en la organización y en la patología de los sistemas de identificación: las estructuras yoicas determinadas por las relaciones objetales (es decir el sí mismo, el mundo de las representaciones y en general la identidad del yo)” (Kernberg, 1976. p 32).

Clínicamente este mecanismo se observa en las continuas oscilaciones que tienen estos pacientes entre conceptos contradictorios de sí-mismo y de los objetos, en reacciones contradictorias completamente separadas y desprovistas de ansiedad. En este mundo de objetos escindidos, hace que también se desarrolle en estas estructuras el mecanismo de la *idealización*, el cual consiste en la negación de las características no deseadas de un objeto y luego la exaltación del objeto por la proyección de la propia libido u omnipotencia dentro de él. Esto permite mantener el objeto completamente bueno separado de objetos persecutorios, lo cual lo protege del daño y de la destrucción, es un mecanismo precario, ya que mientras más idealizado está el objeto, existe una mayor probabilidad que provoque envidia y por lo tanto la necesidad de desvalorizarlo (Pinto y Puga, 1985).

La *devaluación o desvalorización* se refiere a la tendencia a despreciar y disminuir la importancia de los objetos internos y externos. Este mecanismo se encuentra estrechamente ligado a la envidia, puede ser conceptualizado como producto o defensa contra ella. Surge de una autopercepción pobre y del deseo de ser “tan bueno” como el objeto, el sentir esto como inalcanzable hace que el sujeto eche a perder las cualidades del objeto, quitando así la fuente que le evoca sentimientos negativos (Segal, 1965). Junto con este mecanismo, se encuentra también la *omnipotencia*, en la que existe una representación del sí mismo grandiosa, superior y todopoderosa, lo que permite evitar la evocación de sentimientos negativos respecto de sí mismo.

También en esta estructura aparece el mecanismo de *negación*: éste es considerado como una de las operaciones defensivas más primarias del yo, y puede darse en distintos niveles, desde el más primitivo, junto a las introyecciones y proyecciones de la escisión primitiva, hasta niveles menos graves. Implica la no consideración de la realidad, ya que esta es vivida de manera tan angustiosa, que el sujeto anula aspectos de ella o bien su totalidad, hasta llegar incluso a incorporar elementos inexistentes. Las crisis hacen que a veces el sujeto regrese al uso de la negación como defensa, con el fin de ignorar aspectos desagradables de la realidad; también es utilizada por neuróticos, pero sin que ésta sea masiva. Sin embargo, si la negación persiste y es un modo habitual de defensa en la adultez, inevitablemente implica un debilitamiento del yo y del juicio de realidad, y es lo que se encuentra en esta estructura, ya que el uso de la negación es masivo, produciendo un alto costo para el sujeto y un deterioro de las funciones yoicas relacionadas a la percepción conciente y al enfrentamiento de la realidad (Freedman y Kaplan, 1983, en Pinto y Puga, 1985).

Ya que los límites yoicos son relativamente precarios, el mecanismo de *proyección* funciona en un plano bastante primitivo e ineficaz. Se produce confusión, ya que estos pacientes proyectan afuera el impulso, pero al mismo tiempo sigue siendo experimentado adentro. Producto de esto surge el mecanismo de *identificación proyectiva* y la necesidad de controlar a los objetos en los cuales se proyecta. Este mecanismo se basa en el deshacerse de contenidos mentales que no son tolerados ni integrados en el aparato psíquico, en el cual las partes del sí mismo son escindidas en objetos externos o partes de objetos. Esta operación implica al menos tres subprocesos: a) externalización de partes del sí mismo, sin considerar las características del objeto externo, b) capacidad empobrecida de poner límites entre el sí mismo y los otros; y c) la excesiva necesidad de controlar a los otros, ya que la falta de control provoca intensas ansiedades persecutorias (Lerner y Lerner, 1981, citado en Pinto y Puga, 1985). Este mecanismo no contribuye al desarrollo del aparato psíquico, y tendría su origen en los primeros meses de vida como resultado de un modo de comunicación entre el hijo y su madre; consiste en la necesidad del niño de deshacerse de contenidos, fantasías o sentimientos, produciendo que la madre a su vez se identifique con estos sentimientos y sea capaz de devolvérselos de manera más elaborada,

de manera que el niño sea capaz de integrarlo en su aparato psíquico. Cuando en ésta relación la madre no comprende los mensajes enviados por el hijo, se produce el seguir utilizando este mecanismo hasta la vida adulta (Muñoz, 2002).

A continuación se expondrá dos cuadros resúmenes, el primero corresponde a los planteamientos de Otto Kernberg con respecto al análisis estructural en base a sus tres dimensiones estructurales, y el segundo, explica cada una de estas dimensiones estructurales.

**CUADRO RESUMEN N° 1: LAS ESTRUCTURAS DE PERSONALIDAD DE ACUERDO CON LA TEORIA DE OTTO KERNBERG**

<b>Criterios Estructurales</b>	<b>Neurótico</b>	<b>Límite</b>	<b>Psicótico</b>
<b>Integración De la Identidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Representación del si mismo y de los objetos precisamente delimitados.</li> <li>- Identidad integrada: imágenes contradictorias del si mismo y de los objetos integradas en concepciones comprensivas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Difusión de identidad: no se ha podido alcanzar la integración de imágenes contradictorias dentro del si-mismo y de los otros, así los objetos totales son tratados como objetos parciales.</li> <li>- Percepción pobre y superficial de los otros que lo lleva a relacionarse caóticamente y generalmente contaminadas por la condensación de conflictos genitales y pre-genitales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Percepción interna y externa pobremente definidas y por consiguiente una falta de definición de los límites yoicos. Identidad delirante.</li> <li>- No existe una representación interna del objeto como algo distinto al sujeto, por lo tanto, extrema dificultad para formar relaciones de objeto.</li> </ul>
<b>Operaciones Defensivas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Represión y defensas de alto nivel: formación reactiva, aislamiento, anulación, racionalización, intelectualización.</li> <li>- Las defensas protegen al yo de los conflictos intrapsíquicos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Principalmente defensas de escisión y de bajo nivel: Idealización, identificación proyectiva, omnipotencia, negación desvalorización.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Las defensas protegen al paciente de la desintegración y de la fusión Sí mismo-objeto.</li> <li>- Presencia de escisión primitiva.</li> </ul>
<b>Examen De Realidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examen de realidad conservado. Al no existir trastornos en la delimitación del yo no existe una alteración seria en el sentido de realidad. El yo esta mas capacitado para reflexionar y hacer esfuerzos por resolver las discrepancias entre realidad externas y las propias connotaciones afectivas (capacidad de autovalorarse).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examen de realidad conservado pero que puede sufrir distorsiones en situaciones de intenso afecto. Tendencia ocasional al pensamiento de proceso primario.</li> <li>- Falta de distinción clara entre experiencias internas y externas con una subsecuente tendencia a sobreinfluir la realidad externa con la propia connotación afectiva.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No existe posibilidad de evaluar objetivamente la realidad externa: perturbación en el sentido de realidad. Presencia pensamiento primario, se pierde capacidad de un examen interno de sus procesos afectivos y de pensamiento.</li> </ul>

Fuente: Otto Kernberg, *Trastornos graves de la personalidad* (1984), *teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico* (1976) y sistematización para fines de este estudio.

CUADRO RESUMEN N°2: DEFINICIÓN DE LAS DIMENSIONES ESTRUCTURALES DE PERSONALIDAD.

<b>Dimensión</b>	<b>Concepto Teórico</b>
<p><b>Identidad</b></p> <p><b>Calidad de las relaciones objetales</b></p>	<p>- Proceso mediante el cual el individuo, a lo largo de su desarrollo, va consolidando la imagen de sí-mismo y los otros, diferenciando sus límites y a la vez logrando representaciones del si-mismo y los objetos completos y totales, donde los aspectos contradictorios están integrados.</p> <p>- Capacidad central de la persona para establecer vínculos con otros y experimentarse a si-mismo.</p>
<b>Mecanismos de defensa</b>	<p>- Función mediante cual el yo se protege de los conflictos intrapsíquicos y logra controlar la ansiedad relacionada e ellos pero con el costo de debilitar otras funciones yoicas más adaptativas. Las maniobras defensivas del yo serían una manifestación del grado de desarrollo alcanzado en las representaciones objetales.</p>
<b>Examen de Realidad</b>	<p>- La capacidad para diferenciar el sí mismo del no sí-mismo, diferenciar los orígenes externos o intrapsíquicos de las percepciones y estímulos, y la capacidad para evaluar realísticamente los propios afectos, comportamientos y pensamientos en términos de las normas sociales corrientes.</p>

Fuente: Otto Kernberg, *Trastornos graves de la personalidad* (1984), *teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico* (1976) y sistematización para fines de este estudio.

## **EL TEST DE RORSCHACH**

A continuación se describe a grandes rasgos el test de Rorschach, partiendo con una introducción a la historia de este test proyectivo.

### **HISTORIA DEL TEST**

El test de Rorschach es una prueba psicológica proyectiva de percepción visual, es el instrumento más completo en este campo y de gran relevancia en el trabajo clínico. Fue creado por Hermann Rorschach, psiquiatra suizo discípulo de Bleuler, entre los años 1911-1920.

Este autor recibió una triple influencias del campo de la Psicología, por un lado, y de la corriente psiquiátrica, la teoría psicoanalítica y de la Psicología de la Gestalt, por el otro, sin olvidar su gran influencia por las artes, ya que su padre - profesor de dibujo y pintor- influyó en su gran interés por la pintura.

El test, en términos formales, se compone de 10 láminas con manchas de tinta de simetría bilateral; tres de éstas son multicoloreadas, dos llevan unas pequeñas manchas rojas junto a una mayor sombreada con tintes grises de claro oscuro, y las otras cinco son totalmente grises con matices de claro oscuro.

El Rorschach, por su naturaleza proyectiva, permite que la personalidad se refleje. En el momento en que organiza o estructura una percepción, permite que se den respuestas libres ante estímulos inestructurados, de este modo, este test se convierte en un espejo de aquel que lo produce, revelando las múltiples facetas de su interioridad (Weigle, 1988). Al desarrollar su método, H. Rorschach tenía en mente dos objetivos fundamentales: proporcionar un instrumento más objetivo para el diagnóstico que el de la observación clínica, por una parte, y entregar un perfil de personalidad basado en la proyección del mundo interno (Klopfer, 1977).

Esta proyección del mundo interno se configura de acuerdo con la percepción de distintos aspectos de las láminas en cada sujeto, y a partir del significado que da éste a esa percepción (apercepción) en base a la estructura de personalidad que posea. En este proceso intervienen la impresión sensorial del estímulo ofrecido por la lámina y la asociación de éste con material mnémico, que es evocado con el estímulo, resultando la formación de un concepto, que configurará la respuesta dada por el sujeto. Como el test es un material con una serie de estímulos inestructurados, la persona esta obligada a realizar un esfuerzo organizativo y a configurar sus respuestas según su propio mundo interno (Arteaga, M.y cols.,1985).

Como el test presenta estímulos inestructurados, frente a los cuales el sujeto no tiene noción de lo que se espera de él, ni de cuales serían las respuestas “correctas”, ésta prueba permite soslayar las defensas y resistencias que pudiera oponer al test, apareciendo de esta manera contenidos del mundo interno del individuo que aportan importantes elementos diagnósticos acerca de su estructura de personalidad (Klopfer, 1977).

Puesto que existen numerosas posibilidades de respuestas a las láminas de este test, y con el fin de hacer comparaciones intra e interpersonales, se han desarrollado sistemas de puntuación que resumen las respuestas en términos del área elegida (localización), las cualidades preceptuales de la lámina que determinan la respuesta (determinantes) y el concepto formado (contenido) (Drobny, s/f, citado en Arteaga, 1985).

También es posible realizar una evaluación de las respuestas de una forma cualitativa, a través del análisis temático y de las verbalizaciones (Rapaport,1959).

Entre los sucesores de Rorschach están Beck, Hertz, Klopfer y sus colaboradores, Rapaport, Schafer, Pietrowsky, quienes ampliaron el conocimiento teórico y desarrollaron diversos métodos de análisis. Actualmente representan diversas posturas teóricas: Beck es el representante de la psicología conductista, Klopfer tiene una marcada orientación fenomenológica y Rapaport y Schafer una orientación psicoanalítica (Micheli, 1995). Exner, quien ha estudiado estos sistemas de puntuación que se utilizan en la actualidad



(Beck; Klopfer; Hertz; Piotrowski y Rapapaort-Shafer) en su libro “The Rorschach Systems” (1969), plantea que es una tarea onerosa, y a veces imposible, el proporcionar una comparación realista respecto de enfoques interpretativos e hipótesis ofrecidos por los cinco sistemas, dada la falta de conceptos equivalentes, las diferencias en la tabulación, interpretación y en el procedimiento utilizado por los diferentes autores. Sin embargo, plantea que en lo fundamental estas diferencias no son substanciales, pudiendo encontrarse un sustrato común entre ellos y con relación a los planteamientos originales de Rorschach. (Arteaga, M. y cols.1985).

Es así como todos los sistemas requieren que se tabulen y resuman las respuestas como paso previo a la interpretación; asimismo, todos recalcan la importancia de una evaluación cualitativa.

En cuanto a la interpretación, el Rorschach permite evaluar: (Weigle,1988)

- El grado y tipo de inteligencia (capacidades, habilidades)
- Las tendencias y aspiraciones
- Las áreas de conflicto y el grado de sí mismo.
- El tipo de vínculos (fantasías inconscientes)
- Las ansiedades, monto y tipo de éstas
- Los mecanismos de defensa
- El grado y tipo de patología
- El pronóstico y la evolución.

O sea, nos permite evaluar el funcionamiento de una persona en sus diferentes áreas, cognitivo - intelectual, afectiva - emocional, identidad, interpersonal y de adaptación social; el Rorschach nos revela de esta forma sobre la *estructura* de la personalidad, que es el objetivo a realizar en este estudio.

Las bases comunes a todos los sistemas consideran una cantidad de elementos que se exponen a continuación:

## INDICADORES EN EL TEST DE RORSCHACH

### **1-Número de Respuestas:**

Se considera que hay respuesta cuando el sujeto delimita un área o zona de la mancha, ubicando en él un concepto, explicitando las cualidades preceptuales que determinaron su respuesta. El número de respuestas reflejaría la flexibilidad de los procesos perceptivos y asociativos. Por sí mismo no posee significado importante, por lo que es necesario evaluarlo con relación a la calidad de las respuestas.

### **2-Latencia o tiempo de reacción:**

Se refiere al tiempo que transcurre entre la presentación de la lámina hasta la primera respuesta. El tiempo es variable y debe evaluarse dentro de la producción del sujeto. La latencia puede provocarse por ansiedad, retardo psicomotor, dudas, hipermeticulosidad o porque la lámina puede ofrecer demasiadas cualidades perceptivas sobresalientes. Cuando los tiempos de reacción se prolongan de manera significativa con relación al resto del protocolo del sujeto, y si éste es incapaz de integrar una respuesta, se considerará que hubo bloqueo o resistencia al estímulo. De acuerdo con la lámina en que se produzca el bloqueo, su significado varía, ya que son más frecuentes los fracasos ante algunas láminas (IX,VI,VII y II). En términos generales, no se esperan bloqueos en un protocolo.

### **3-Localización:**

Esta se refiere al área de la mancha que se utiliza para dar la respuesta, y varía desde el uso de toda la mancha, hasta la interpretación de detalles muy pequeños o arbitrarios.

a) Respuesta G: Aquella en que se utiliza toda la mancha para configurar la respuesta. Se plantea que tiene relación directa con las operaciones intelectuales y con la capacidad de organizar y sintetizar los componentes del medio, en un todo con significado.

b) Respuesta D: Aquí se utiliza un área de la mancha de alta frecuencia de uso, notoria por su tamaño y la nitidez de sus contornos, para configurar la respuesta. En general

los autores concuerdan en que el D, reflejaría la habilidad para percibir y de reaccionar a las características obvias del medio.

c) Respuesta Dd: El Dd no es utilizado por todos los autores, sin embargo en este estudio se considera para analizar una localización determinada. El Dd es utilizado por Beck y Rapaport -Shafer y Exner. Se refiere a un detalle pequeño, nítido y no tan frecuente como las D, y se relaciona con una percepción aguda y un interés por los aspectos finos de la situación.

d) Respuesta S: Se emplea un área de espacio blanco para configurar la respuesta. El sujeto puede articular la respuesta con áreas de la mancha, o puede formar la respuesta en base al espacio blanco. El S no se constituye como única codificación de localización, por lo que siempre va acompañada de los tres anteriores tipos de respuesta (GS ,DS ,Dd). En cuanto al significado de S, existe discrepancia entre los distintos autores. Para Rorschach, estas respuestas representaban una tendencia negativista u opositorista. Beck agrega a esto, el significado de una tendencia a la testarudez. Klopfer y Hertz aducen que estas respuestas podrían representar un tipo sano e inteligente de oposición.

#### **4) Determinantes:**

Estos se refieren a las cualidades perceptuales que impresionan al sujeto y que determinan su respuesta. Estos son: Forma, Color cromático, Movimiento, Color acromático y Clarooscuro.

##### **a) Forma (F):**

Se tabula F cuando las características formales de la mancha contribuyen a la formulación de la respuesta.

Las respuestas F van acompañadas de un criterio de calidad de la forma percibida. Rorschach distinguió respuestas buenas y malas (F+, F-), basándose mayormente en un criterio estadístico. Klopfer incluye la categoría F, Pietrowski utiliza un criterio +\_ , y Rapaport-Shafer incluyen las categorías +\_ y -+, en los casos donde la evaluación de la

respuesta no es clara, agregando las categorías  $F+$  especial,  $Fo$ ,  $Fv$  y  $F-$  especial. Mayman (1966,1970) desarrolló un método de evaluación de la calidad formal con seis categorías, agregando la  $Fs$  a este método. Para Mayman, la calidad formal de las respuestas de Rorschach refleja a nivel microscópico la actitud con que una persona mantiene contacto con el mundo objetal.

Se han establecido las siguientes interpretaciones de  $F$ , de acuerdo con su calidad formal (Drobny, s/f ; Rapaport, E: Arrué,1982, citado en Arteaga,1985). A continuación se describe las categorías de Mayman según sus criterios y los de los autores recién mencionados.

$F+$  (máxima calidad): Se relaciona como agudeza de percepción, elaboración refinada y riqueza de experiencias. Representa una combinación lograda de imaginación y coherencia con la realidad (Exner, 1994).

$Fo$  (calidad ordinaria): Representa las respuestas obvias, que se captan con facilidad y no requieren de esfuerzo creativo o requieren de muy poco. Aquí se incluyen las respuestas que se consideran comunes y corrientes (Exner, 1994).

$Fw$  (calidad débil): Representa una pérdida de contacto con la realidad, Mayman las codifica como  $Fw+$  cuando el contorno general de la mancha no choca con la respuesta y  $Fw-$  cuando en la respuesta una parte de del área de la mancha utilizada es incongruente con la respuesta.

$Fv$ : Existiría un mal manejo de la ansiedad, ya que la angustia suscitada impide al sujeto elaborar una respuesta más articulada.

$F-$  : Habría un quiebre con la realidad objetiva, en el que el mundo interno del sujeto irrumpe, interfiere los procesos perceptuales, impidiéndole mantener contacto con realidad objetiva.

*Fs* : Indica una tendencia a perder el control, irrupción del mundo impulsivo por sobre los intentos de control del sujeto. Implica una falla en el sistema defensivo.

b) Color Cromático (C):

1. Se tabula C cuando el color cromático influyó ya sea en forma principal o secundaria en la determinación de la respuesta. El color se relaciona con la afectividad, y las respuestas a este, dan cuenta de la manera de expresar emociones y sentimientos. En términos generales:

*FC*: Su utilización supone un uso más controlado del color, corresponde a los casos en que los rasgos formales de la mancha tienen preponderancia en la formación del precepto, siendo el color utilizado con fines de elaboración o clarificación (Exner, 1994). Indicaría tendencia a la expresión modulada de afectos.

*CF*: Esta respuesta se basa primariamente en los rasgos cromáticos de la mancha, existiendo a su vez un empleo secundario de la forma ( Exner, 1994). Se relaciona con la tendencia a expresar emociones y sentimientos en forma lábil y egocéntrica.

*C*: Esta respuesta se basa exclusivamente en los rasgos cromáticos de la mancha, y se la identifica por la ausencia total de forma (Exner, 1994). Apuntaría a una expresión impulsiva de afectos, sin control racional.

c) Movimiento (M.FM.m):

En el Rorschach pueden darse tres tipos de respuestas de movimiento, que son:

*Movimiento Humano (M)*: Se refiere a una respuesta en la que se incluya movimientos propios de los seres humanos (Exner, 1994). El movimiento puede ser activo o pasivo, alguna postura vital, gesto, expresión o conducta humana. Esto puede darse en cuerpos totales o partes de éstos, en seres humanos o humanoides. En general, distintos

autores concuerdan que M puede ser indicador de inteligencia, capacidad creativa y estabilidad emocional.

*Movimiento Animal (FM)*: Se tabula FM toda respuesta que este referida a animales cuya figura se encuentre completa, y que sean percibidos en movimiento, posturas vitales o posiciones que impliquen tensión muscular y que sean partes del repertorio del animal al que se refiera. Este término fue introducido por Klopfer y Sender en 1936, (en Exner, 1994). Se relaciona con capas más instintivas de la personalidad. En protocolos de adultos, se espera que M supere a FM; de no ser así, se supone que el sujeto funciona a un nivel emocional menor a su edad cronológica.

*Movimientos menores (m)*: Este tipo de respuesta de movimiento incluye objetos inanimados, inorgánicos o sin sensibilidad. El término fue introducido por Piotrowski (1937). Son respuestas en las que el movimiento proviene de fuerzas físicas, sean éstas naturales o abstractas, que actúan sobre seres vivientes u objetos. Para Klopfer, las *m* serían fuerzas o impulsos fuera del control del sujeto que ponen en peligro la estabilidad general o la organización de la personalidad. (Exner, 1969; citado en Arteaga, 1985).

En un protocolo adulto “normal”, se espera una razón mayor de M respecto a FM y *m* (aproximadamente el doble), lo que daría cuenta de un sujeto emocionalmente maduro, capaz de relacionarse adaptativamente con otros, y que acepta a su vez sus tendencias instintivas como parte activa de su personalidad (Arteaga, 1985).

d) Color acromático puro (C'):

Klopfer definió la respuesta C' como aquellas respuestas en que las zonas blancas, negras y grises de la mancha son utilizadas como color. Es poco frecuente que aparezca y se caracteriza por una total ausencia de forma. Ejemplo: Lámina II, espacio en blanco, “nieve” (¿Por qué?) “por el color blanco”.

En general se relacionan con una afectividad poco espontánea, ansiosa y/o cautelosa, sin embargo no hay unanimidad respecto a su interpretación psicológica. Si  $C'$  es mayor que  $C$ , se puede pensar que se trataría de sujetos con tendencias depresivas. Estas respuestas se clasifican en  $FC'$ ,  $C'F$  y  $C'$ .

e) Respuesta de Color Acromático ( $C'F$ ) :

Esta respuesta es la que se basa de manera primaria en los rasgos de color acromático de la mancha y la forma se emplea secundariamente con propósitos de elaboración o clarificación (Exner, 1994). Lámina VII, ejemplo: “nubes, (¿ por qué?) “más que nada por el color grisáceo y algo por la forma”.

f) Respuesta de Forma-Color Acromático ( $FC'$ ):

Es aquella en la que la forma es el determinante primario y el color cromático tiene fines secundarios, para explicar o elaborar; es la más frecuente de las respuestas de color acromático. (por ejemplo: “Un murciélago negro”, Láminas I y V), (en Exner, 1994).

g) Claroscuro ( $K, k$  y  $c$ ):

Son respuestas referidas a los matices o distintas tonalidades de los colores acromáticos o cromáticos. La utilización menos frecuente del sombreado de las manchas es su interpretación como profundidad o dimensionalidad.

Para Klopfer, las respuestas de sombreado se clasifican en tres tipos:

- a) *Respuestas “c”*: Son aquellas en que el sombreado da la impresión de superficie o textura
- b) *Respuestas “K”*: El sombreado da impresión de profundidad, de perspectiva y difuminación (algo difuso).
- c) *Respuestas “k”*: Sombreado da impresión de extensión o espacio tridimensional, proyectado en un plano bidimensional.

Estas respuestas se tabulan también según la forma en: Fc, cF , c ; FK, KF, K; Fk, KF y k.

En un sentido amplio, las respuestas de claroscuro son indicadores de angustia, pero considerando el grado de diferenciación o difusión que tenga la respuesta, se puede interpretar de diversas maneras. Para Klopfer, las Fk serían indicadores de capacidad de introspección, que derivaría en inseguridad. K sería expresión de angustia difusa, flotante, que indicaría que el impacto del claroscuro ha impedido la articulación de una forma precisa.

En lo que se refiere a las respuestas de textura, darían cuenta de una necesidad de contacto del individuo, y en la medida que éstas van acompañadas de elementos formales, permitirían afirmar que dicha necesidad se traduciría de manera adaptativa con consideración de la realidad (Arteaga, 1985). En términos generales, la presencia de Fc nos hablaría de sujetos sensibles, en tanto las cF de ansiedad al contacto corporal, (les costaría satisfacerlo de manera adecuada) y la presencia de “c” puras se ha visto que aparece en protocolos única y exclusivamente en personas con enfermedades fisiológicas, cáncer, diabetes, etc, por lo que no sería un indicador psicológico, si no más bien hablaría de cómo la pulsión de muerte se traduciría en una función psicológica, ya que al no poder ser simbolizada, se traduce en el cuerpo. (Muñoz, 2002).

#### **4- Análisis de contenido:**

Este se refiere a la categoría conceptual a la que pertenece el concepto formado. Rorschach empleó tan sólo seis símbolos para clasificar el contenido: H (Humano), Hd (Detalle humano), A (Animal), Ad (Detalle animal), Ls (Paisaje) y Obj (Objetos inanimados). Con el desarrollo posterior del test se expandió considerablemente la lista de contenidos que se sistematizaron, ya que estas seis categorías era evidente que no permitían diferenciar adecuadamente muchos tipos de objetos que aparecían con frecuencia en las respuestas (Exner, 1994).



Los contenidos se agrupan en categorías conceptuales, siendo universalmente utilizadas las siguientes: Humano, Animal, Anatómico, Sexual y Sangre. Autores como Beck; Klopfer; Hertz; Piotrowsky; Rapaport y Shafer (en Exner, 1969; citado en Arteaga, 1985). incluyen otras categorías, tales como:

- Relacionadas con la Naturaleza (Naturaleza, paisaje, botánica, planta, etc.)
- Relacionadas a objetos (Objeto, objeto humano, objeto animal, etc.)
- Relacionados con Geografía (Mapa, Isla, Geografía).

Otras categorías: (Armas, Radiografías, Arquitectura, fuego, explosiones, alimentos, transporte).

Si bien hay que considerar todos los contenidos que aparecen en un protocolo para realizar el análisis de contenido, se le asigna mayor importancia a la interpretación de los llamados “universales”. Los demás cobran relevancia en la medida que su presencia sea reiterada. Es por eso que en este estudio se incluyen las categorías de Máscara; Extraterrestre; Feto-embrión; Mundo - ciudad y corazón, para un análisis más completo, ya que éstos fueron dados de forma particular en este estudio.

Para el presente análisis se considera las siguientes categorías, en base a algunos símbolos y criterios propuestos por Exner (1994) para la decodificación de contenido y realizando otros para los fines de este estudio:

Cuadro N° 3: Símbolos y criterios para la clasificación de contenido.

(Extraído de El Rorschach: Un sistema comprehensivo Volumen 1. Exner, 1994 y, sistematización realizada para los fines de este estudio).

Categoría	Símbolo	Criterio
*Figura Humana Completa	H	Implica percepción de figura humana completa
*Figura humana completa, de ficción o mitológica	(H)	Implica percepción de figura humana completa de ficción o mitológica: payasos, hadas, gigantes, brujas, personajes de cuentos de hadas, enanos, fantasmas, demonios ,personajes antropomorfos, humanoides.
*Detalle humano	Hd	Implica percepción de figura humana incompleta, como brazos, pierna, dedos, pies, persona sin cabeza.
*Detalle humano de ficción o mitológico	(Hd)	Se refiere a percepción de figura humana incompleta de ficción o mitológica, como cabeza de demonio, brazo de bruja, ojos de un ángel y partes de criatura de ciencia ficción que son humanoides.
*Figura animal completa	A	Percepción de figura animal completa
*Figura animal completa, de ficción o mitológica	(A)	Percepción de figura animal completa que es de ciencia ficción o mitológica, como dragón, unicornio, caballo volador.
*Detalle animal	Ad	Implica percepción de animal incompleta, como casco de un caballo, cabeza de perro, piel de animal.
*Detalle animal, de ficción o mitológico	(Ad)	Percepción de figura animal incompleta mitológica o de ficción, como alas de Pegaso, patas de oso Yogui.
Anatomía	Anat	Se usa en respuestas en que el contenido es el esqueleto, musculatura o anatomía interna, tales como cráneo, corazón, pulmones, caja torácica.
*Arte	Art	Implica la percepción de pinturas, dibujos o ilustraciones, tanto abstractas como figurativas, objetos de arte como joyas, estatuas, candelabros, adornos.
Sangre	Sge	Percepción de sangre tanto humana como animal.
Botánica	Bot	Percepción de cualquier forma de vida vegetal, como arbustos, flores, árboles, algas, hojas, pétalos de flor.

Continuación Cuadro N° 3.

Vestimenta	Vest	Percepción de cualquier articulo de vestir, como sombrero, cinturón, botas, pantalones, chaqueta, etc
Explosión	Expl	Implica percepción de explosión o estallido, incluyendo fuegos artificiales.
Fuego	Fgo	Implica percepción de fuego o humo.
Comida	Alim	Implica percepción de todo lo que sea comestible, como pollo, helado, verduras, filete de pescado.
Naturaleza	Nat	Se usa para una amplia gama de contenidos relacionados con el medio ambiente, tales como sol, planeta, cielo, luna, lluvia.
Sexo	Sex	Implica la percepción de órganos sexuales o de una actividad de naturaleza sexual, como pene, vagina, menstruación, pechos, testículos.
Radiografía	Rx	Se usa para el contenido específico de radiografía
Mascara	Masc	Implica percepción de elemento que cubra parte del cuerpo, ya sea máscara, antifaz, mascarilla, vendas.
Extraterrestre	Extr	Percepción de extraterrestre, alien
Geografía	Geo	Implica percepción de un mapa específico o sin especificar
Objeto	Obj	Percepción de contenidos tales como: Vasija, Mesa, rueda, alicate, etc
Feto- embrión	Inf	Implica percepción de contenidos relacionados con nacimiento, guaguas, embriones.
Piel	Pl	Implica percepción de piel, ya sea de ser humano, animal.
Medio de transporte	Mt	Implica elementos tales como nave, autos, avión
Arquitectura	Arq	Percepción de contenidos que se relacionen con elementos de la Arquitectura, edificios, monumentos, castillo.

\* Extraídos de Exner (1994).

## **Análisis Temático**

En cada respuesta dada ante las láminas del Rorschach existe una creación de una estructura perceptual y de un contenido. En esta creación se reflejan tendencias, defensas, la imagen de sí mismo y de los demás, y la visión de la vida que posee determinada persona (Shafer,1954, citado en Arteaga,1985). Shafer postula que el examinador podrá interpretar mejor cada respuesta si no se fija tan sólo en el contenido, sino que también en las descripciones, elaboraciones y evaluaciones de ellos. El análisis temático debe considerar las variables edad, sexo, cultura, ciclo vital, situaciones traumáticas y síndromes patológicos del sujeto que está respondiendo la prueba. Asimismo, deben ser evaluadas de acuerdo con la situación total del test, realizando un análisis cuidadoso del test en su globalidad.

Shafer (1954) plantea los siguientes grupos o categorías de líneas temáticas desde una orientación psicoanalítica (Arteaga,1985).

- 1- Dependencia, oralidad
- 2- Orientación y preocupación anal
- 3- Orientación sadomasoquista
- 4- Orientación autoritaria
- 5- Debilidad y fuerza en general
- 6- Temor y actitud rechazante frente a la identificación masculina: Identificación femenina en el hombre
- 7- Temor y actitud rechazante frente a la identificación femenina: Identificación masculina en la mujer.
- 8- Actitud rechazante frente a los adultos, educadores, roles parentales
- 9- Identificación negativa
- 10- Narcisismo corporal
- 11- Concerniente a la reproducción y la generación
- 12- Concerniente a la vejez y muerte
- 13- Tono emocional: atmósfera interpersonal

Estos contenidos han sido utilizados por otros autores, quienes han llegado a establecer diferentes categorías, basándose en el transfondo teórico expuesto por Shafer. Estas clasificaciones incluyen las siguientes líneas temáticas: Agresiva, Paranoídea, Dependiente/Infantil, Sexual, Narcisista y Depresiva (Arrué, 1982; citado en Arteaga,1985).

El DSM-IV a su vez clasifica los desórdenes de personalidad de acuerdo con ciertos rasgos de carácter, de los que se desprenden las siguientes categorías: Paranoídea, Esquizoide, Narcisista, Histérica, Dependiente, Pasivo-Agresiva, Obsesivo-Compulsivo.

Para los fines de este estudio, se tomará como base los criterios de Shafer (1954, en Arteaga,1985), las categorías usadas tradicionalmente en la clínica (Arrué,1982), y en las planteadas en el DSM - IV, (1995), ya que los criterios conceptualizados en este Manual son objetivos, descriptivos y excluyentes; y en algunos conceptos extraídos de Otto Fenichel (1945).

Las Líneas Temáticas que se consideran en este estudio son las siguientes:

1-Agresiva: Corresponde a un estilo de enfrentamiento de la realidad donde predomina la hostilidad, ya sea en actitudes o acciones que pueden provocar daño o destrucción.

- Figuras animadas en acciones o actitudes consideradas popularmente como agresivas (peleando, embistiendo, destruyendo, discutiendo).

- Figuras animadas que en sí representan agresión (soldados, indios, brujas, felinos salvajes, cocodrilos, crustáceos e insectos depredadores)

2-Persecutoria: Correspondería a un estilo de enfrentamiento a la realidad donde predomina un patrón de desconfianza y suspicacia general hacia los otros (DSM - IV,1995).

- Existiría una connotación de acecho, ocultamiento, de ser perseguido, observado.
- Contenidos como figuras amenazantes, ojos mirando, dedos apuntando, veneno.

- Respuestas en las que se agregue una connotación persecutoria a un precepto que en sí no lo es (casa de película de terror).

- También se consideran fuerzas opresoras que aludan a encierro, opresión física ejercida sobre algún objeto o persona, dificultad de moverse, respirar.

3- Destructiva: Se refiere a conceptos que alude a temáticas de desintegración, derrumbe, despedazamiento, fuego como agente de destrucción.

4- De muerte: Corresponde a conceptos que se relacionan con el concepto de muerte, como crímenes, suicidios, accidentes o personas o animales vistos muertos.

5- Depresiva: Corresponde a un estilo de enfrentamiento de la realidad que se caracteriza por escaso interés por actividades y pasatiempos; el ánimo está dominado por el abatimiento, lo sombrío, falta de energía (DSM - IV, 1995).

- Figuras viejas, deterioradas, ajadas.
- Contenidos que apuntan a tristeza, soledad, abandono, separación.
- Contenidos que se relacionan con la oscuridad, nieve, sombras, invierno, oso polar.
- Fuerzas pasivas indicadores de falta de energía.
- Utilización de verbos como inclinación, agacharse, sostener.

6- Regresivas - Dependientes: Estilo de enfrentarse a la realidad en el que hay una necesidad general y excesiva en que el resto se ocupe del propio sujeto, lo que ocasiona un comportamiento de sumisión, adhesión. Se caracteriza por la pasividad y falta de autoconfianza (DSM - IV, 1995).

- Contenidos que impliquen acción de apoyarse en objetos, tales como muletas, bastón, ver figuras tomadas de las manos, afirmadas, sostenidas.

- Contenidos que impliquen ser nutrido o protegido (figuras amamantando, cachorros, guaguas, fetos, mamaderas, cunas, etc.).

7- Orales: Corresponde a un modo de relación en el que se presentan signos de identificación con un objeto, el cual representaría la necesidad de ser alimentado, y se depende del objeto para la conservación de la autoestima (Fenichel, 1945).

- Preocupación por el suministro y demanda.
- Comida, objetos para comer, órganos para comer, fuentes de comida.

8- Fálicas: Corresponde a una manera de enfrentarse a la realidad de manera temeraria, energizada, resuelta, segura de sí misma, pero que reflejan una fijación a la etapa fálica, generalmente asociado a temores castratorios (Fenichel, 1945).

- Poder físico, liderazgo.
- Movimiento, fuerza ya sea física o sexual, vigorosidad.
- Temáticas de competencia física.
- Figuras potencialmente sexualizadas, objetos socialmente deseables mostrados en actividad.

9- Narcisista: Corresponde a un enfrentamiento a la realidad en el que existe un patrón general de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía (DSM - IV, 1995).

- Contenidos alusivos al rango o estatus (escudos, coronas, tronos, reyes, pavos reales, abeja reina, etc.).
- Contenidos que se relacionen con preocupación por apariencia física (espejos, adornos, joyas, figuras mirándose en el espejo o agua, vestimenta descrita en detalle, elaborada y llamativa. Se excluye las figuras populares de Lam. VII, que habitualmente son percibidas mirándose.

10- Sexual: Lo esencial es un sobreénfasis en temáticas sexuales, que puede estar reflejando alguna preocupación o alteración en esa área.

- Contenidos o verbalizaciones que aluden a genitalidad o procreación, ya sea directa o indirectamente (pene, vagina, útero, caderas, pelvis, trompas de falopio, hueso de cadera, etc.).
- Relaciones sexuales expresadas en forma directa o simbólica (pene entrando a vagina, orgía).
- Ropa interior femenina.
- Descripciones sexualizadas de figuras humanas (éste es el busto, la cintura, odaliscas, figura seductora).

11- Infantil: Enfrentamiento a la realidad en el que predomina la puerilidad e inmadurez, dándose intereses pertenecientes al mundo de los niños.

- Contenidos relacionados con intereses de los niños (Juguetes, golosinas como helados, algodón de azúcar, animales pequeños e inofensivos, personajes de tiras cómicas o monitos animados de TV.).

Se diferenciará tomando en cuenta las repuestas Infantil I e infantil II, según la propuesta de Paredes; Micheli y Vargas (1984).

-Infantil I: Respuestas referentes a conceptos, necesidades, relaciones propias de las etapas fetales y parto: Fetos, mujeres embarazadas

Infantil II: Respuestas que se relacionan con actividades propias de los niños e infancias: Cara de guagua, dos osos de circo.



## MECANISMOS DE DEFENSA A TRAVÉS DEL TEST DE RORSCHACH

El término defensa aparece por primera vez en 1894, en el estudio de Freud sobre las *psiconeurosis de defensa*, usándolo para describir las luchas del yo contra *ideas y afectos dolorosos e insoportables* (Freud, A., 1971); más tarde el término fue cambiado por el de represión, y sólo en 1926 en el trabajo de “inhibición, síntoma y angustia”, se reservó el término de represión para referirse a un mecanismo específico de defensa. Entonces este término se consolida como “la protección contra las exigencias instintivas” (Freud, A. 1971).

A su vez Shafer (1954) define las defensas como “las maniobras por las cuales se bloquea la expresión en la conciencia y en la acción de los impulsos y sus representaciones” (en Arteaga, M., 1985).

Según la teoría psicoanalítica, las defensas se originarían para combatir los impulsos instintivos. En un primer momento el niño las utilizaría para combatir sus impulsos instintivos para no transgredir las prohibiciones paternas y perder así el amor de las personas significativas; en un segundo momento el temor al castigo sería reemplazado por el temor a transgredir las exigencias del super yo, y surgirían también defensas ante angustias externas y ante la necesidad del yo de mantener su armonía e integración. De cualquier manera se hace referencia al término defensa, para ver los intentos rígidos y desadaptativos que realiza el yo para “eliminar” los impulsos, es decir, para mantener fuera de su esfera a éstos. Esto conlleva a que los impulsos ejercen una presión constante por expresarse, por lo que el yo debe permanecer siempre en alerta para que no irruman en la conciencia provocando consecuencias dolorosas en su descarga. Las defensas pueden ser masivas y totales, o triviales y parciales. Las más conocidas descritas por Freud son la represión, regresión, aislamiento, intelectualización, formación reactiva, negación, proyección e introyección.

Existe consenso entre distintos autores que el sistema defensivo de los individuos tendría un desarrollo análogo al resto de la estructura psíquica; es decir, en etapas

tempranas del desarrollo psicosexual los mecanismos de defensa utilizados serían primitivos, evolucionando en personas normales hacia formas más maduras y adecuadas en etapas posteriores (altos, adaptativos  $\Leftrightarrow$  bajos, desadaptativos).

Según Kernberg (1979), las maniobras defensivas del yo serían una manifestación del grado de desarrollo alcanzado en el proceso de internalización de las relaciones objetales, y existirían dos formas básicas de constelaciones defensivas, de acuerdo con el nivel estructural de la personalidad:

Defensas primitivas  $\rightarrow$  organizadas en torno a la escisión.

Defensas altas  $\rightarrow$  organizadas en torno a la represión.

En el Rorschach la identificación de mecanismos de defensa ha sido sistematizada por Shafer (1954) (en Pinto y Puga, 1985) para las defensas más evolucionadas (represión, aislamiento, formación reactiva, intelectualización, anulación, negación alta y regresión). Este análisis consta de seis puntos:

1. Tono emocional: cuando las operaciones defensivas son exitosas, el tono emocional del sujeto será moderado y adecuado. Si por el contrario estas son inefectivas, el tono emocional y actitudes serán fuera de lugar y exageradas.
2. Énfasis en formas específicas y articuladas: Se observa el  $F\% \text{ ext.}$  El énfasis en éste, sería sinónimo de autocontrol, también se toma en cuenta la calidad formal. Una sensación de intensa precariedad puede hacer que el sujeto exagere sus intentos de control ( $F\%$  y  $F\% \text{ ext.}$  altos), aquí las defensas serían muy rígidas, con una adaptabilidad limitada.
3. Logro de formas acertadas: Se observa el  $F+\% \text{ ext.}$ , ya que da pautas acerca de la prueba de realidad. El logro de formas acertadas habla de un juicio de realidad conservado (o fuerza del yo), y cuando las funciones yoicas son débiles, aparecerán formas inespecíficas y no acertadas.

4. Integración de puntajes: A mayor integración de respuesta, mayor sería el nivel de defensa y adaptabilidad (ej. “oso polar rosado” es menos integrado que “oso polar, pero el color no es el adecuado” y esto a su vez es menos integrado que “un oso polar en el hielo, donde el reflejo del sol le da un tono rosado”).
5. Moderación y equilibrio temáticos: Un relativo equilibrio y moderación temática estarán reflejando un nivel defensivo adecuado, en tanto que la irrupción de imágenes violentas u hostiles estarían apuntando a una falla o precariedad en las defensas.
6. Pensamiento formal alterado: Éste, acompañado de aumento de indicadores cualitativos y cuantitativos, habla de una disfunción o quiebre en el nivel defensivo del sujeto. La presencia de verbalizaciones patológicas estaría apuntando a una regresión patológica a modos de defensa y adaptación primitivos. (Arteaga, M.,1985).

Lerner y Lerner (1980) desarrollaron una escala específica para medir los mecanismos de defensa bajos o primitivos, basándose en los postulados teóricos de Kernberg. Para esto, se basaron en la dificultad que tendrían las personas con organización primitiva de la personalidad para establecer y mantener relaciones de objeto estables, en su incapacidad para evaluar a otros realísticamente, en su escasa capacidad empática, y su inconsistencia en general. Así, su sistema de evaluación de las defensas se centra en la calidad de las relaciones objetales, lo que se traduce en el Rorschach en el análisis de las percepciones de la figura humana completa, ya sea estática o en movimiento (en Pinto y Puga, 1985)..

La descripción de esta escala se describe a continuación:

Escisión:

- Esta se manifestaría cuando en una secuencia de respuestas se describe una figura humana afectivamente de una manera, y a continuación se describe otra figura en términos afectivos opuestos (se polariza descripción afectiva de objetos).

- En la descripción de una persona total, se hace clara distinción de que una parte de la figura es opuesta a la otra.

-En una respuesta se incluyen dos figuras claramente distinguidas y cada una de ellas descrita de manera opuesta a la otra.

-Una figura implícitamente idealizada es echada a perder al agregarle algún o más rasgos, o una figura implícitamente desvalorizada es valorizada al agregarle algún o varios detalles.

Desvalorización: Se relaciona con la tendencia a despreciar, manchar y disminuir la importancia de los objetos internos y externos. Se conceptualiza como el objetivo de la envidia y la defensa contra ella. Se evalúa en un continuo entre un nivel más alto y otro más primitivo y se distingue en base a tres dimensiones:

Grado en que se retiene lo humano de una figura (mozos y payasos→nivel alto; monstruos u objetos mitológicos→nivel bajo).

Ubicación espacio-temporal (hombres contemporáneos ubicados en el presente→nivel alto, hombres ubicados en futuro lejano o pasado→nivel bajo).

Severidad del desprecio implicado en la descripción afectiva (figuras descritas de manera primitiva y socialmente inaceptable→nivel bajo, las descritas en forma civilizada y socialmente aceptable →nivel alto).

Idealización: Implica la negación de características no deseadas de un objeto y la proyección de la propia libido u omnipotencia en ese objeto para valorizarlo. Su objetivo es resguardar el objeto y protegerlo del daño y la destrucción. Este mecanismo es precario, puesto que a mayor idealización, mayor es la propensión a la envidia. Al igual que la desvalorización, se evalúa en un continuo y se distinguen los mismos tres niveles explicados anteriormente.

Identificación proyectiva: Aquí el proceso consiste en que partes del sí mismo (o self) se escinden y se proyectan en un objeto total o parcial externo. Este mecanismo se diferencia de la proyección, ya que lo que se proyecta en el objeto no es sentido como egodistónico, sino que el self “empatiza” con el objeto y trata de controlarlo mediante la

proyección. Se puede observar en respuestas con excesiva elaboración asociativa, donde las propiedades reales de la figura son reemplazadas por afectos y fantasías. Generalmente esta elaboración asociativa contiene material agresivo o sexual.

Negación: Consiste en ocultar o no reconocer la existencia de hechos o emociones dolorosos o amenazantes.

Estos autores la clasifican en tres niveles:

*Nivel alto*: aquí la negación consiste en varias defensas subsidiarias reflejadas en respuestas con un buen nivel formal. a) negación en sí, implica desmentir un impulso, ya sea dentro de la respuesta misma o con una frase expresada en términos negativos. b) intelectualización, se priva de carga afectiva; c) minimización, se incluye carga afectiva pero se minimiza y d) rechazo, se niega haber dado la respuesta.

*Nivel medio*: Respuestas con buen nivel formal, con una contradicción básica en la respuesta, que puede ser de orden afectivo, lógico o relacionado con la realidad.

*Nivel bajo*: Respuesta aceptable se convierte en inaceptable al agregarle algo que no es percible, o al dejar de tomar en cuenta algo claramente visible en la lámina. También aquí se incluyen respuestas en que hay descripciones incompatibles del precepto.

En este estudio los mecanismos de defensa se evaluarán a través de los siguientes indicadores:

- a) **Defensas**: Correspondientes a la presencia de contenidos y/o verbalizaciones que indiquen el uso de defensas de nivel bajo.
- b) **Fallas defensivas**: Indica presencia de irrupción de impulsos, angustia no controlada, impulsos no integrados e impulsividad.
- c) **Bloqueo o resistencias**: Presencia de shock y rechazo ante determinadas láminas.

**a) Defensas “bajas”:**

Corresponden principalmente a un funcionamiento limítrofe, se manifiestan cuando aparezcan contenidos que apunten a las siguientes defensas:

Escisión: Se considerará la presencia de este mecanismo cuando:

- En una secuencia de respuestas se describe una figura humana o animal afectivamente de una manera y a continuación se describe de otra manera diametralmente opuesta. Ej: en una misma localización “criminal con revolver” y “pareja de novios abrazada”.
- En la descripción de una figura humana o animal completa, una parte de ella es opuesta a la otra en términos afectivos. Ej: “Un gigante: parte de arriba peligrosa, parte de arriba buena”
- En donde aparecen incluidas en una sola respuesta dos figuras claramente distinguidas, y cada una de ellas es descrita de manera opuesta a la otra. Ej: “Dos figuras: Un hombre y una mujer, el es antipático, pero ella es angelical”.

Para los mecanismos de Desvalorización e idealización se toma como marco de referencia las dimensiones planteadas por Lerner y Lerner, ya que son las aproximaciones que se utilizan hasta el día de hoy para el análisis de las defensas. También se incluye, agregando a la categoría de humano, la de animal, por su importancia en las repuestas dadas en esta muestra. En estos mecanismos se utilizan los tres criterios planteados anteriormente y se presentan en distintos niveles, que van desde un nivel más maduro a uno más primitivo.

Desvalorización: Se considera la presencia de este mecanismo cuando:

*Nivel I*: Las figuras mantienen su dimensión natural, no existiendo distanciamiento temporal-espacial, y las figuras son descritas en términos levemente negativos, pero socialmente aceptables. Ej: “Dos personas peleando”, “Niña con traje cómico”.

*Nivel II*: Figura es descrita en términos abiertamente negativos y no aceptados socialmente, se mantiene dimensión humana o animal, y no habría distanciamiento tiempo - espacial.

*Nivel III*: Se mantiene dimensión de figura (humano/animal), pero existe una severa distorsión de la forma. Puede o no haber distanciamiento espacio - temporal. Esta

característica incluye: payasos, brujas, demonios y otras figuras mágicas e irreales. Ej: “Payasos tristes”, “La bruja pérfida”.

*Nivel IV:* Severa distorsión de la forma, la figura es descrita en términos manifiestamente negativos y no aceptable socialmente. Puede o no haber distanciamiento temporo - espacial. Ej: “Dos marcianos aterradores”, “El siniestro asesino de Londres”.

*Nivel V:* Se pierde dimensión humana o animal y la figura es descrita en términos neutrales o negativos. Aquí se incluyen marionetas, robots, criaturas con características humanas y animales. Ej: “Maniquí con vestido, pero sin cabeza”, “Dos personas mitad hombre y mitad animal, del espacio sideral”, “Mujer siútica con trompa”.

Idealización: Se considera la presencia de este mecanismo cuando:

*Nivel I:* Se mantiene dimensión humana o animal, sin distanciamiento temporo - espacial; la figura es descrita positivamente, sin exagerar mucho. Ej: “Una persona con una gran sonrisa”.

*Nivel II:* Se mantiene dimensión humana o animal y dimensión temporo - espacial, sin embargo la figura es descrita en términos excesivos y burdamente positivos. Ej: “Que figura tan angélica, tiene el pelo largo, ropas vaporosas y una mirada de completa serenidad”.

*Nivel III:* Aparece distorsión de la forma, aunque es descrita en términos moderados; las otras dos dimensiones se mantienen. Pueden aparecer líderes, autoridades, personas famosas. Ej: “Perros San Bernando, de esos que salvan a las personas”, “Uno de los astronautas que aterrizó en la luna”.

*Nivel IV:* Se mantienen características anteriores, pero la figura es descrita en términos exageradamente positivos. Ej: “Un guerrero, pero no uno cualquiera, es el más alto, fuerte y valiente del mundo”.

*Nivel V:* Se pierde dimensión humana o animal. Aparece un enaltecimiento de la identidad. Se incluyen aquí estatuas de personajes importantes, gigantes, super hombres, figuras con poderes sobrenaturales, ángeles, ídolos, mitades de humanos en que la parte no - humana realza la apariencia o poder de la figura, Pegaso, Minotauro.

Identificación Proyectiva: Se considera la presencia de este mecanismo cuando:

- Aparezcan respuestas confabulatorias en donde las figuras descritas y el precepto visto es excesivamente adornado con elaboraciones asociativas, al punto que se llegan a perder las propiedades reales de la mancha y estas son reemplazadas por afectos y fantasías. Sobre todo, cuando en la elaboración asociativa contenga material agresivo o sexual. Ej: “Aquí dos lobos, y ahí dos mujeres aterradas, arrancando de los lobos”.
- Cuando el contenido de las respuestas sean amenazantes, aparecen ojos, dedos acusadores, caras burlonas. La confabulación asociada a estas respuestas mostraría la precariedad de los límites entre lo interno y externo que ocurre en este mecanismo.
- Aparición de figuras humanas o animales, y estas son agresivas o víctimas de agresión. Ej: “Hombre aplastado entre dos murallas”.

Negación: Se considera la presencia de negación de nivel más primitivo, cuando aparezca en los niveles medio y bajo, que correspondería a defensas de nivel bajo o primitivas propias de pacientes límites.

- Cuando exista contradicción básica en la respuesta, sea de orden ideacional, afectivo o relacionado con la realidad. Ej: “Dos abuelitas embarazadas”, “Dos monjas peleando a puñetes”.
- Una respuesta aceptable se convierte en inaceptable, ya sea agregando o quitando un detalle que la echa a perder (respuestas “spoilt” de Mayman).
- Existen descripciones incompatibles del precepto (“persona sentada encima de su cola”).
- Cuando las respuestas desmienten un afecto, otorgándole significaciones festivas a preceptos que habitualmente son percibidos de esa manera. Ej: “Payaso celebrando” en lámina IV.
- Se expresen contenidos que impliquen belleza y colorido en láminas acromáticas, y respuestas que hagan alusión a color cromático en láminas acromáticas.

Proyección: Se considera que hay proyección cuando:

- Aparezcan contenidos persecutorios en general
- Se vean figuras ocultas o asomándose
- Verbalización otorgue connotación persecutoria a preceptos que en sí no lo son.



**b) Fallas Defensivas:** Se considera su presencia, cuando aparezcan impulsos en forma pura, así como angustia, sin que la intervención de mecanismos defensivos sea exitoso, o cuando éste no intervenga. Con este fin, el presente estudio se basó en la operacionalización planteada por Arteaga (1985), que a su vez recopila criterios establecidos por distintos autores respecto a indicadores formales, contenidos e inmoderación temática.

Irrupción de impulso agresivo:

Se considera cuando:

- Las figuras percibidas realicen conductas agresivas como atacar, embestir, pelear, destruir.
- Cuando objetos, partes de personas, plantas, animales estén destruyendo o lastimando. Ej.: dientes triturando, planta devorando un insecto).
- Aparezcan fuerzas de la naturaleza destructivas en acción. Ej.: Volcán en erupción, lava saliendo y destruyendo todo a su paso, tempestad, maremoto, terremoto.
- Exista presencia de inmoderación temática agresiva.

Irrupción de impulso sexual:

- Presencia de contenidos que aludan a órganos genitales en forma directa, exceptuando las respuestas que aparecen en la lista de frecuencia de Mayman.
- Aparezcan relaciones sexuales expresadas de forma directa
- Presencia de inmoderación temática sexual.

Angustia:

- Cuando aparezcan respuestas de calidad formal vaga (Fv).
- Presencia de respuestas de claroscuro que no se asocien con una forma definida (KF, k, kf, c,cF).

Impulsividad:

- Si aparecen respuestas de color puro C.

#### Impulsos no integrados:

- Se considera cuando aparezcan respuestas de movimiento inanimado no asociado a una forma definida (mF, m).

#### **c) Bloqueo o resistencia**

-Se considera cuando aparezca un shock o un rechazo ante una determinada lámina.

### **EXAMEN DE REALIDAD A TRAVÉS DEL TEST DE RORSCHACH**

El examen de realidad es el grado de objetividad que logra un individuo en la percepción de sí mismo y de otros, y de su entorno social y físico. El modo como el sujeto se relaciona con la realidad dependerá, del grado de diferenciación sí mismo/objeto; de la capacidad para diferenciar el origen ya sea interno o externo de las percepciones y de la capacidad de evaluar internamente los propios sentimientos, acciones y pensamientos en función de una adaptación adecuada (Kernberg, 1980, citado en Pinto y Puga, 1985).

El examen de realidad es una de las funciones yoicas que más se han estudiado a través del Rorschach, en este estudio se tomará como base los indicadores planteados en el trabajo realizado por Pinto y Puga (1985), los que a su vez se basan en índices que han sido descritos anteriormente en la literatura sobre aspectos psicodiagnósticos del test de Rorschach ( Rorschach, 1955; Bohm, 1973; Exner, 1978; citados en Pinto y Puga, 1985). Estos indicadores serán analizados en este estudio con relación a la estructura límite de la personalidad.

#### **a) Determinante Forma y Calidad Formal:**

El análisis del F% y F% ext se relaciona con la capacidad para postergar los impulsos, aunque el énfasis en estas respuestas no habla acerca de su capacidad formal. En

general el F% en los borderline es adecuado, exceptuando aquellas láminas que se relacionan con temáticas de dependencia/ independencia y con conflictos orales genitales.

El F+% considera las formas buenas y populares (F+ y Fo) dentro de aquellas respuestas en que el determinante principal ha sido la forma. Según Smith (1981), en los pacientes borderline el F+% es bajo, variando entre valores comunes a los esquizofrénicos en su nivel más bajo y valores que se acercan a los de neuróticos en su nivel más alto. En la estructura borderline hay un alto número de respuestas débiles (F-), la que es una consecuencia directa del daño en la calidad de sus representaciones objetales por la irrupción de sus impulsos y deseos.

Según Shafer, el F% ext sería el mejor índice que existe para ver cuán exacta se ha logrado la forma. Considera que para estimar la exactitud de la percepción es necesario tener en cuenta en primer lugar el F+% ext que el F+%, ya que éste es un indicador sobre todas las respuestas formales (M, FM, FC, FC', Fc). En los protocolos borderline, el F+% ext generalmente permanece bajo.

#### b) Verbalizaciones Patológicas:

Las Verbalizaciones Patológicas tradicionalmente se han relacionado con trastornos del pensamiento y con la emergencia del proceso primario de pensamiento. A través del Rorschach, se permite observar las capacidades de cada sujeto para relacionar ideas y ver de que manera éstas, son atribuidas con una definición estable, constante y permanente (proceso secundario de pensamiento), o de una forma inestable y con falta de definición, lo que es representante de un proceso primario de pensamiento. El grado en que predomine el proceso primario de pensamiento sobre el secundario, permite hacer el diagnóstico diferencial entre estructura psicótica y borderline en esta prueba. Por otra parte, también permite realizar el diagnóstico diferencial con la estructura neurótica, la que es precedida por el proceso secundario de pensamiento. En la estructura límite, los elementos de proceso primario también se encuentran presentes, pero de una manera más atenuada y con características diferentes a las organizaciones psicóticas (Dittborn, 1986).

Cada una de las verbalizaciones Patológicas implica de una u otra forma un determinado desorden del pensamiento, lo que a su vez indica distintos grados de ruptura de límites, y distintos grados de severidad de patología. Los desordenes de pensamiento corresponderían a un mayor o menor grado de regresión dentro de un continuo (G.Atchey, cit en Pinto y Puga, 1985).

Dentro de la estructura borderline se encuentra frecuentemente respuestas de confabulación, combinación fabulada. En la combinación fabulada, el sujeto considera una relación accidental entre dos áreas separadas de la mancha, como índice de una relación real entre ambas (Rapaport, 1959). En estas respuestas, ambas áreas son bien percibidas y conservan su identidad por separado, pero es la relación entre ellas lo que resulta inaceptable. Estas repuestas no aluden necesariamente a pérdida del sentido de realidad. El grado de patología dependerá mayormente de la calidad formal que posea; las formas débiles o conceptos difíciles de precisar formalmente, indicarán un mayor predominio del proceso primario de pensamiento. Las combinaciones fabuladas poseen mayor injerencia de proceso primario que las fabulaciones. Según Dittborn, éstas aparecen tanto en protocolos psicóticos como limítrofes, pero la combinación fabulada borderline se distingue de la psicótica ya que: (Dittborn, 1986)

- 1- Habitualmente el nivel formal es mediocre, aceptable a bueno.
- 2- No combina elementos animados e inanimados.
- 3- Hay enjuiciamiento posterior al fenómeno.

En la Confabulación existe una sobreelaboración extrema y/o extravagante del contenido de las respuestas (aumento y pérdida de distancia), reflejando la influencia de los propios impulsos y afectos en la percepción de la realidad y la falta de distinción entre la experiencia interna y la realidad externa. Esta respuesta implica una excesiva pérdida de distancia de la lámina, ya que la sobreelaboración no presenta referencias formales, lo que tiene como consecuencia que el precepto pierda su identidad inicial en el concepto final de

la respuesta. Cuando se forman conceptos arbitrarios, dejando de lado las características de la mancha, sin ningún sustento formal, es cuando se habla de confabulación.

Las Fabulaciones consisten en una sobreelaboración del contenido por la atribución de tonos emocionales (“triste”), características fisonómicas (“peligroso”). En general la presencia de este tipo de respuestas no necesariamente indican patología (Arrué, s/f); la diferencia entre las fabulaciones “normales” y patológicas radicaría en que los sujetos con patología le atribuyen carácter de realidad a la respuesta. Las fabulaciones en las cuales hay sobreelaboración afectiva, son frecuentes en estructuras borderline, especialmente las de tonalidad agresiva y paranoide.

c) Conciencia de interpretación: También es un índice importante para evaluar el examen de realidad. La conciencia de interpretación se da cuando el sujeto se siente como distinto al objeto. Donde no existe diferenciación sí - mismo objeto, el sujeto intenta controlar la respuesta como si ésta estuviese escondida o camuflada dentro de las láminas, perdiendo la calidad de tales. La conciencia de interpretación se da en un continuo que va desde señalar la artificialidad de los estímulos, hasta aquellos casos en que ésta se encuentra completamente abolida. Para evaluar la conciencia de interpretación es importante considerar las autorreferencias, ya que estas se consideran muchas veces como una señal de conciencia de interpretación disminuida.

d) Índice de Realidad: Este índice fue creado por Stefan Neigar (Pardes, Micheli y Vargas, 1995) y evalúa si se encuentra presentes determinadas respuestas al Rorschach: Humanos en lám. III, Murciélago en lám. V, Animales en la VIII y X. Las respuestas reciben dos puntos si son dadas en primer lugar y un punto si no son dadas como primera respuestas a la lámina correspondiente. La ausencia de éste, indica una incapacidad para evaluar realísticamente conductas, pensamientos y afectos de las normativas sociales. Para Dittborn, el índice de realidad limítrofe oscila entre 4 y 6 puntos.

En este estudio, el examen de realidad se evalúa a través de los siguientes indicadores:

- a) Determinante forma y calidad formal
- b) Presencia de verbalizaciones patológicas
- c) Conciencia de interpretación
- d) Índice de Realidad

**a) Determinante forma y calidad formal:** Se evalúa a través del análisis del F%, F%ext, F+%, F+% ext.

**b) Presencia de verbalizaciones patológicas:** Se consideran para este análisis las siguientes verbalizaciones patológicas, que suelen manifestarse en estructuras bajas, como es el caso de nuestro estudio. Se darán algunos ejemplos de sus distintas manifestaciones, con el fin de aclarar el criterio que se ocupara en este estudio. Para esto se seguirá los criterios propuestos en el manual de Rorschach Clínico (Paredes; Micheli y Vargas, 1995) y en el resumen que efectúa Omar Arrué (s/f) del análisis de las verbalizaciones desviadas propuesto por Rapaport (1959). Se distingue en este análisis entre contaminación y tendencia a la contaminación, con el fin de realizar un análisis más fino, y entre autorreferencia mayor y autorreferencia menor o de apoyo, con el mismo objetivo.

*-Fabulación:* Respuestas en las cuales se agrega al precepto elementos que no están en el estímulo percibido. Corresponde generalmente a atribuciones de emociones o intenciones. Ej: “una cara triste”, “rocas peligrosas”.

*-Respuestas de relación:* Respuestas que relacionan una lámina con otra. Ej: “La mariposa de la lámina anterior”.

*-Autorreferencia menor o de apoyo:* Se entrega en la respuesta alguna característica propia o de una situación que la persona ha vivido anteriormente para justificarla. Ej: “El color de mi vestido”, “Ví en televisión un animal parecido”, “El cuerpo humano, así sale en los libros de anatomía”.

-*Autorreferencia mayor*: En la respuesta se atribuye a la lámina un significado directamente relacionado consigo mismo, implicando grave pérdida de la distancia con la lámina. Ej: “dos cisnes juntos, yo y mi pololo”, en lámina V, “Me asusta porque se me acerca”.

-*Combinación Fabulada*: Respuesta en la cual son percibidos uno o más conceptos formalmente correctos, pero que se combinan en una relación espacial ilógica e imposible. Ej: “Paracaidistas agarrados de una mariposa para no caerse”, en lámina VII, “Dos perros apoyándose sobre una mariposa”, en lámina VIII.

-*Confabulación*: Se refiere a una respuesta en que existe una sobreelaboración extrema y/o extravagante del contenido de las respuestas. Ej: “Dos personas tendidas, descansando, alguien las ayuda, la naturaleza podría ser,... podría ser Dios”, en lámina V.

-*Tendencia a la Contaminación*: Respuestas en las que a un concepto relativamente bien percibido, se le agregan atributos que no pertenecen a este concepto. Ej: “Árbol con patas” en lámina IV, “Conejo con alas” en lámina V.

-*Contaminación*: Respuestas en las que los límites de los conceptos que se forman son tan fluidos que abstracciones separadas a partir de la misma área no pueden mantenerse independientes, fundiéndose en una sola idea. Ej: “Isla sangrienta donde siempre hay revoluciones”, en lámina III.

-*Lógica autista*: Serían justificaciones muy difusas y poco claras del fundamento perceptivo que originó la respuesta. Estas justificaciones son hilaciones lógicas peculiares de cuyos pasos no es posible deducir ni comprender el concepto emitido. Ej: “Es como un pájaro también... ¿?...es que abarca toda la figura”, en lámina VIII.

-*Trasgresión de los límites espaciales*: Se da en la respuesta una ruptura con la lógica espacial, existe una incapacidad para localizar correctamente las respuestas en el plano

bidimensional de la lámina. Ej: “Un hombre, sus brazos, su corazón y las piernas” en lámina III, “Un brasero, el fuego arriba”, en lámina III.

**c) Conciencia de interpretación:** Se evalúa su fluctuación según esté aumentada, disminuida o anulada. Ej:

Aumentada: “Me recuerda un murciélago, pero esto es sólo una mancha”, en lámina I.

Disminuida: “Eso sí que es un murciélago”, en lámina V.

Anulada: “Es mi boca por dentro”, en lámina X.

**d) Índice de realidad:** Se evalúa su valor, el que puede fluctuar entre 0-8 puntos.

4-6 puntos: Indicaría un índice de realidad limítrofe (Dittborn, 1986)

$IR \leq 3$  puntos: Indicaría la presencia de una grave capacidad de adaptación a la realidad normativa consensual.



## **DIAGNÓSTICO CLÍNICO DEL TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE A TRAVÉS DEL RORSCHACH: APORTES IMPORTANTES.**

A través de pruebas psicológicas se ha podido indagar en el modo en que los desordenes del pensamiento se manifiestan en los test, en distintos niveles de estructuración, llegando a constituirse en uno de los métodos más eficaces e importantes destinados a esta labor.

Knight (1953) ha sido quien ha guiado los estudios basados en la aplicación de pruebas proyectivas, luego de observar la reacción de los pacientes borderline ante situaciones inestructuradas, como lo es la situación psicoanalítica.

A través del Rorschach se ha podido verificar que estos pacientes presentan alteraciones del curso formal del pensamiento similares a las de la esquizofrenia, ésto motivó la realización de investigaciones que pudiesen distinguir los episodios psicóticos breves que se organizaban dentro de una organización de personalidad limítrofe, de los que provenían de un proceso esquizofrénicos o de una organización psicótica de la personalidad.

Krohn y Meiman (1974) crearon la escala de relaciones objetales, en la cual se intenta delimitar el grado de madurez de las representaciones del sí mismo y los objetos, y posteriormente poder predecir el tipo de relación objetal que se establecerá. Su fundamento teórico se basa en los postulados de M.Mahler y O. Kernberg, en el cual la constancia objetal representaría el estado más avanzado de maduración en la discriminación sujeto - objeto. Ambos autores crearon una “escala de relaciones objetales”, la que mediría el nivel de madurez de las representaciones objetales reflejado en la descripción de figuras humanas, se evaluó básicamente si había predominio de objetos animados o inanimados; dentro de los animados si eran animales o humanos, y en los animales se veía a que nivel de la escala filogenética pertenecían, si eran débiles o agresivos y depredatorios. Con respecto a los humanos, se detectó si se los imaginaban en acción, o si eran más bien pasivos,

agresivos o amistosos, si son descritos cálidamente o de una forma fría e impersonal (Pinto y Puga, 1985).

De esta manera Mayman concluye que las imágenes implicadas en las respuestas al test de Rorschach comprenden una muestra representativa de los objetos internalizados y el afecto ligado a ellos.

En el trastorno de personalidad límite existiría la capacidad de diferenciar yo - no yo, pero su nivel de relación objetal será parcial y escindida entre objetos buenos y malos. Esta escala se compone de cinco niveles de relación objetal que va desde lo mas indiferenciado a lo más maduro (Paredes, 1997).

Greenberg, Craig y cols (1981) crean una escala de fenómenos transicionales, en la que evalúan el nivel de las relaciones objetales internalizadas de estos pacientes y su relación con la presencia o ausencia de fenómenos transicionales, se basaron para este estudio en los postulados de Modell (1963,1968) quien propuso que la transferencia de los pacientes límites con sus terapeutas reflejaban un estilo vincular similar a la relación descrita por Winnicott en 1953 entre el niño con el objeto transicional. Estos autores afirman que los pacientes esquizofrénicos no muestran relaciones transicionales y que éstas serian típicas de los pacientes límites.

Los autores consideraron dos criterios fundamentales para su investigación: 1) la propensión del paciente para crear o transformar estímulos ambiguos en preceptos que son vívidamente experimentados como objetos “reales”, y 2) su tendencia para asociarlos con objetos aliviadores, (Jacir, 2000). A través de esta escala se permitió examinar la interacción entre el paciente, la percepción Rorschach y la relación de la lámina como tal, los resultados de este estudio indicarían que los pacientes límites ocupan de manera significativa los objetos transicionales en comparación con los esquizofrénicos, y que a su vez los pacientes neuróticos, fueron los que puntuaron más baja en esta escala del estudio (Paredes, 1997).

Otra línea de aproximación al estudio del nivel de integración de la identidad y de las relaciones objetales a través del Rorschach, son el trabajo de Ruggeri y Saraceni (1980,1981) quienes crean la escala “límite del sí - mismo”, que tiene por objetivo definir el grado de diferenciación e integración del sí mismo a través del concepto del “límite del sí mismo”. Para lo cual consideran las respuestas dadas en la prueba Rorschach en base a su relación con dos dimensiones: barrera : se refiere a características de consistencia, definición, resistencia compacta de los objetos percibidos. Se incluirían objetos que cumplen la función de contener, soportar y bloquear cualquier empuje o presión. Y la segunda dimensión es la de penetración: se relaciona con las características que tienen los objetos percibidos en términos de fragilidad, fragmentación, vaguedad y fluidez. También en esta categoría se incluirían objetos percibidos como cediendo, dejando emerger, pasar o penetrar cualquier tipo de presión, empuje o movimiento (Pinto y Puga, 1985).

Estos autores plantean en relación a la prevalencia de una de estas dos dimensiones que: cuando prevalece el aspecto barrera, el sí mismo se organiza en términos de una estructura corteza, en la que se han hipertrofiado los procesos de definición, delimitación del no sí mismo, será una estructura cerrada con pocos o nulos intercambios con el ambiente externo. Si prevalece el aspecto penetración, se configura un sí mismo caracterizado como una estructura esponja, en la que habría poca distinción y separación del no sí mismo, una estructura cuyo niveles constitutivos son fluidos y fusionados y cuyas interacciones tienen la calidad de reciproca invasión y mezcla (Pinto y Puga,1985)

Siguiendo con los aportes a través del Rorschach en cuanto a la identidad y grado de madurez y calidad de las representaciones objetales, tenemos a Blatt et al. (1974, 1976, 1983) quienes investigaron a través de las respuestas de figuras humanas en los protocolos del test de Rorschach, los aspectos normales, cuantificables de las relaciones objetales internas. En 1976 Blatt y Glick concluyen que la variación de las propiedades formales de las representaciones, están relacionadas con el nivel de desarrollo evolutivo de la persona, y que el empeoramiento de estas respuestas estaría en estrecha relación con el grado de severidad de la patología. Kwawer (1981), siguiendo con esta línea, intenta agrupar los contenidos de la respuesta al Rorschach en categorías que estarían reflejando estadios

tempranos del desarrollo del yo. Sus estudios se centraron en pacientes borderline, y distingue a partir de ciertos temas, las siguientes categorías de modos interpersonales primitivos, ellos son: engolfamiento, unión simbiótica, simbiosis, separación y reunión violenta, procesos internos malignos incluyendo la incorporación primitiva, nacimiento - renacimiento, transformación, metamorfosis, separación - división, reflejos narcisistas, problemas de límite e imágenes intrauterinas.

Holt en el año 1977 (citado en Pinto y Puga, 1985), siguiendo los postulados de Klawer, desde una perspectiva de análisis de contenido, describe una importante categoría temática presente en protocolos Rorschach, observando la presencia de niveles de contenidos oral /agresivos que se darían en un continuo desde los más primitivos a los más socializados. Un nivel inferior de respuestas oral - agresivas incluiría: referencias crudas, las que serían manifestaciones directas e impactantes de cuerpos y/o partes sádicamente mordiendo, o presencia de canibalismo. El nivel superior de respuestas incluiría referencias indirectas, más controladas y socializadas de impulsos orales/agresivos, como agresiones verbales, escupir, etc.

Otro trabajo interesante en torno al Rorschach y los trastornos de personalidad, sería la escala de defensas primitivas de Lerner y Lerner (1981), la que intenta pesquisar la presencia de mecanismos de defensa usados por pacientes límites: escisión, devaluación, identificación proyectiva, negación a través de la forma específica que tiene cada una de aparecer en la prueba, puntuando en relación a la gravedad de éstas.

En el año 1986 J.Dittborn publica un artículo llamado "las organizaciones de personalidad en el test de Rorschach: índices y diagnóstico diferencial". En este trabajo describe los principales índices Rorschach que permitirían hablar de una organización limítrofe de la personalidad basada en la teoría de O.Kernberg de su análisis estructural, aquí toma en cuenta los siguientes puntos : Manifestaciones inespecíficas de labilidad yoica, elementos de proceso primario, relaciones de objeto internalizadas, mecanismos de defensa. Y se agregan las entidades de organización afectiva y examen de realidad.

Paredes; Micheli y Vargas (1987) publican un estudio de “El examen de función de identidad a la prueba Rorschach”. En este trabajo el propósito consistió en ordenar aquellos signos que frecuentemente informan acerca de la función de identidad y que pueden ser evaluados en el Rorschach. Este estudio se basará en este trabajo, para evaluar la identidad en esta muestra de estudio. Los signos de la función de identidad son:

1. El sentido de propiedad de los actos mentales y corporales.
2. La imagen corporal y el esquema espacial. Delimitación de lo ajeno.
3. Incorporación de las experiencias afectivas con personas claves.
4. Internalización de las experiencias en representaciones simbólicas de sí mismo y de los otros.

Dentro de los trabajos más recientes podemos destacar el estudio realizado por Paredes, Montes, Jerez y Silva (1996), los que crearon una escala para evaluar impulsividad mediante el test de Rorschach. En 1998 Paredes y cols, investigaron cuatro índices diagnósticos para el trastorno límite de personalidad: impulsividad, depresividad, trastorno cognitivo o alteración de juicio de realidad y alteración de identidad. Estos índices diagnósticos sintetizarían un consenso transteórico respecto al trastorno límite de la personalidad.

### **III. METODOLOGÍA**

#### **Planteamiento de los Objetivos:**

##### **Objetivo General**

Sistematizar indicadores de organización limítrofe de la personalidad en una muestra de pacientes diagnosticados con trastorno de personalidad limítrofe a través del test de Rorschach, por medio de un análisis estructural.

##### **Objetivos Específicos**

- Evaluar el examen de realidad y mecanismos de defensa en pacientes diagnosticados con trastorno de personalidad.
- Evaluar la función de identidad de los pacientes a través de los indicadores propuestos por Paredes, Micheli y Vargas (1987).
- Detectar y sistematizar indicadores Rorschach característicos de pacientes con organización limítrofe de la personalidad, distribuidos en tres áreas: área cognitiva, área afectiva, área de relaciones interpersonales.

#### **Tipo y Características del estudio**

Este estudio es de tipo exploratorio-descriptivo. Se define como exploratorio en la medida que se intenta aumentar el bagaje de conocimiento en torno a un tema poco estudiado, y es descriptivo en la medida que cuenta con variables delimitadas, en torno a las cuales se intenta conocer su importancia e incidencia.

Se utilizó un diseño no experimental, transversal y ex - post facto, ya que los fenómenos fueron estudiados en un tiempo determinado, y no es factible ejercer un control sobre la variable independiente, puesto que sus manifestaciones ya ocurrieron (Hernández y otros, 1998).

### **Definición de Variables**

Variable en estudio: **Identidad**

Definición Conceptual: Conjunto de operaciones mentales y corporales que una persona obtiene a través de la experiencia que cohesionan y valoran el sentido de propiedad y pertenencia de los actos psíquico - corporales, separando lo ajeno de lo propio tanto a nivel de representaciones simbólicas personales, como a nivel de representaciones simbólicas de los otros y del mundo. Fundamento de la conducta y del vínculo con la realidad (Paredes; Micheli, y Vargas, 1987)

Definición Operacional: Se mide a través de los siguientes indicadores Rorschach propuestos para el examen de la función de identidad:

- a) Sentido de propiedad y pertenencia
- b) Imagen corporal
- c) Incorporación de experiencias afectivas con personas claves
- d) Internalización de experiencias en representaciones de sí mismo y de los otros.

## Función de Identidad:

### a) Límites, sentido de propiedad y pertenencia

- \* Transgresión de límites espaciales (T.L.E)
- \* Unión mayor
- \* Respuesta especular
- \* Respuesta de metamorfosis
- \*\* Respuesta de vacío
- \*\* Respuesta de ropa
- \*\*\* Respuesta de sombra

### b) Imagen corporal. Determinación Genérica

- \* Transgresión de límites espaciales (T.L.E)
- \* Respuesta de ambigüedad sexual
- \* Respuestas especulares
- \*\* Respuestas de sombras
- \*\* Respuestas de superficie blanda
- \*\*\* At.elevado
- \*\*\* Hd elevado
- \*\*\* Respuesta de superficie dura
- \*\*\* Cont.humano parcial ↑      H:Hd=1:1 o más

### c) Incorporación de experiencias afectivas con personas claves.

- \* Infantil I
- \* Orales Agresivas



- \*\* Angustia de separación
- \*\* Angustia destructiva
- \*\* Angustia paranoide
- \*\* Respuestas de vacío
- \*\* Ausencia de H en L.III
- \*\* Ausencia de M
- \*\*\* (H)

d) Internalización de las experiencias en representaciones de sí mismo y de los otros

- \* Respuesta deteriorada
- \* Infantil I
- \* Oral agresivas
- \*\* Respuestas de vacío
- \*\* Respuestas de sombras
- \*\* Respuestas de simetría desigual
- \*\* Respuestas de superficie blanda
- \*\*\* Respuestas de defecto
- \*\*\* Respuestas de superficie dura
- \*\*\* Respuesta infantil II

Los asteriscos señalan I, II y III nivel de alteración de la función de identidad (grave, moderada y leve, respectivamente).

Variable en estudio: **Mecanismos de Defensa**

Definición Conceptual: Función mediante la cual el yo se protege de los conflictos intrapsíquicos y logra controlar la ansiedad relacionada a ellos, pero con el costo de debilitar otras funciones yoicas más adaptativas. Las maniobras defensivas del yo serían una manifestación del grado de desarrollo alcanzado en las representaciones objetales.

Definición Operacional: Se mide a través de los siguientes indicadores:

- a) Defensas: Corresponde a la presencia de contenidos y/o verbalizaciones indicativas del uso de defensas de nivel bajo.
- b) Fallas defensivas: Indica presencia de irrupción de impulso, angustia no controlada, impulsividad e impulsos no integrados.
- c) Bloqueo o resistencia: Presencia de shock y rechazo.

Variable en estudio: **Examen de Realidad**

Definición Conceptual: Capacidad del individuo de diferenciar el sí mismo del no sí mismo, diferenciar los orígenes externos o intrapsíquicos de las percepciones y estímulos, y la capacidad para evaluar realísticamente los propios afectos, comportamientos y pensamientos en términos de las normas sociales corrientes.

Definición Operacional: Se evalúa a través del test de Rorschach en los siguientes indicadores:

- a) Determinante Forma y calidad formal de las respuestas (F%, F+%, F% ext, F+% ext).

b) Presencia de verbalizaciones patológicas.

c) Conciencia de interpretación.

d) Índice de Realidad.

También en este estudio se realiza el análisis de algunos signos clínicos derivados de los elementos formales distribuidos en tres áreas, que son:

- Área cognitiva
- Área afectiva
- Área vincular

En los indicadores que aparecen a continuación no se incluyó el análisis de la función de identidad, ya que fue incorporada al análisis estructural.

### **Indicadores Rorschach:**

#### **Área Cognitiva**

- Función Perceptiva: tipo aperceptivo
- Función Adaptativa
- Examen de Realidad
- Función crítica del pensamiento

## **Área Afectiva**

- Mundo pulsional
- Control mundo interno
- Control mundo externo: adaptación emocional, control yoico de la pulsión
- Agresividad
- Angustia
- Tonalidad Afectiva

## **Área de relaciones Interpersonales**

- Interés por los demás
- Actitud frente a los demás
- Grado de socialización

En cada área a evaluar se consideran los indicadores propuestos en el “Manual de Rorschach Clínico” (Paredes, Micheli y Vargas, 1995) y algunos indicadores propuestos por Ana Maria Alessandri, en “Test de Rorschach y diagnóstico de la personalidad” (1982). Se agregaron los criterios propuestos por Ana Maria Alessandri por que enriquecen el análisis, ya que esta autora propone indicadores agrupados por áreas al igual que este estudio.

## **Signos Clínicos derivados de los elementos formales**

### **a) Área Cognitiva**

- Número de respuestas.
- Porcentaje de respuestas Globales, Detalles mayores, Detalles pequeños y Respuestas de espacio blanco ( G%, D%, Dd%, S%).
- Presencia de formas vagas (Fv).

- Presencia de formas negativas y/o de F Spoiling (F-, Fs)
- Porcentaje de respuestas formales (F%, F+%)
- Relación entre respuestas globales y respuestas de movimiento humano (G:M)

#### **b) Área Afectiva**

- F% extenso, F+% extenso
- M: Movimiento humano, FM: Movimiento animal, m: presencia de movimiento menor
- Porcentaje de respuestas en láminas de color (RLC%)
- Relación entre respuestas de forma color, color forma y color puro (FC:CF:C)
- Respuestas de textura (Fc, cF ,c)
- Respuestas de claro-oscuro (C',FC',C'F)
- Respuestas de perspectiva (K,KF, FK)
- Respuestas de radiografía topográfica (k,Fk, kF)

#### **c) Área de Relaciones Interpersonales**

- Porcentaje de respuestas humanas (H%)
- Respuestas de seres humanos irreales ( H)
- Respuestas humanas parciales (Hd)
- Presencia de FC, CF y C
- Cantidad de M
- Respuestas de máscara, disfraz
- Porcentaje de respuestas animales (A%)
- Porcentaje de respuestas populares (P%)
- Porcentaje de S%
- Respuestas Populares
- Porcentaje de D%

### **Valores cuantitativos considerados normales en el análisis del test de Rorschach**

(Extraídos de Manual de Rorschach Clínico, Paredes, Micheli y Vargas,1995; en cuanto a los valores normales utilizados para el análisis de el determinante forma y calidad formal, se utilizaron los valores propuestos en curso de actualización de postítulo (Weinstein, 2003).

- N° de respuestas : 20-30
- G : 20-30%
- D: 60-70%
- Dd: 0-10%
- S: 0-3%
- F%:30-50%
- F% ext: 85-95%
- F+%: 60-70%
- F+% ext: 85-95%
- N° de M: 1-3
- RLC: 20-40%
- H%: 10-25%

- At: 3 respuestas
- N° de populares: 3-8
- IR: sobre 3
- A%: 25-50%

### **Universo**

Está constituido por hombres y mujeres cuyas edades fluctúan desde los 18 años hasta los 55 años de edad que poseen diagnóstico de trastorno de personalidad.

### **Muestra**

Se trabajó con una muestra intencionada o de elección razonada. La muestra se conformó con un N de 30 sujetos (16 hombres y 14 mujeres). Se estimó que con una muestra teórica de 30 sujetos se contaría con una cantidad suficiente de sujetos para estar en condiciones de establecer el perfil de estructura de personalidad borderline propiamente tal, de acuerdo con diversas investigaciones anteriores (Biaison y Vohringer 1997; Aravena y Bravo, 1996).

### **Criterios de inclusión:**

- a) Diagnóstico de trastorno de personalidad borderline realizado por psiquiatra y psicólogo con experiencia clínica.
- b) Ambos sexos
- c) Desde los 18 años

### **Criterios de exclusión:**

- a) Menores de 18 años
- b) Presencia de patología severa (psicosis)
- c) Presencia de D.O.C

- d) Presencia de trastorno cognitivo
- e) Ausencia de suceso traumático reciente o enfermedad severa (cáncer, Sida, etc.)
- d) Mayores de 55 años de edad por encontrarse en proceso de involución, pudiendo existir deterioro de alguna función vital.

### **Procedimiento de Obtención de Datos:**

La muestra se seleccionó a partir de aquellos pacientes diagnosticados con trastorno de personalidad límite por un profesional especialista de Ceril, institución de salud mental particular de Santiago especializada en el trabajo con niños, adolescentes y adultos, en el cual se trabaja con un equipo multidisciplinario de profesionales. Los pacientes seleccionados debían presentar una edad mayor a los 18 años, el corte se hizo a esa edad ya a partir de ese momento vital se considera que la estructura de personalidad y la identidad, se encuentra en proceso de integración, pudiendo realizar un diagnóstico estructural más acabado.

El test de Rorschach fue evaluado por la psicóloga Ruth Weinstein después de realizado el diagnóstico de trastorno de personalidad por un psiquiatra de esa institución. Se efectuó el análisis para cada protocolo a partir de este material.

### **INSTRUMENTO DE MEDICIÓN**

En esta investigación se ha utilizado el test de Rorschach como instrumento de medición, con el fin de permitir evaluar la estructura de personalidad de un grupo de pacientes con diagnóstico de trastorno de personalidad limítrofe. Para esta evaluación estructural, se considera que uno de los instrumentos más valiosos es justamente el test de Rorschach. Tal como lo manifiesta Klopfer, para él la mayoría de las entidades clínicas producen constelaciones generales de respuestas Rorschach que reflejan típicamente la estructura de la personalidad del paciente en exploración. El diagnóstico Rorschach puede alcanzar gran exactitud y ser de enorme valor para el psicólogo clínico, si se hace mediante



los métodos correctos, y la correlación de las estimaciones cuantitativas con los elementos cualitativos (Klopfer, 1977).

### **Significado de las láminas**

Se presenta a continuación el significado de las diez láminas, de acuerdo con lo planteado por Portuondo (1976); Vásquez (1980); Weigle (1988); Muñoz, X. (2002) y Passalacqua (1993):

Lam I: Es la lámina que alude a la identidad en un sentido global. Responde a la pregunta de quién soy yo, de cómo me muestro ante los otros y de cómo me enfrento y funciono ante situaciones nuevas (si es de forma confusa, parcial, etc.).

Lam II: Es la lámina de las emociones básicas. Muestra los aspectos más primitivos, las estructuras diádicas tempranas, cómo es esta relación. Tiene que ver con la integración de los impulsos, lámina donde mejor se puede ver el manejo que hace el sujeto de la agresión. Para Vásquez es la más apta en clínica para el diagnóstico y pronóstico del sujeto; se muestra cómo es el sujeto en lo más íntimo.

Lam III: Se evalúa lo triádico, es la lámina de las relaciones interpersonales. Alude a fantasías en vínculos con los otros, destacando la importancia del tipo de relación, permitiendo inferir la presencia o ausencia de límites.

Lam IV: Es la lámina de la imagen paterna internalizada (padre edípico); permite proyectar la imagen que cada uno tiene de su propio padre, del símbolo de poder y de autoridad. Devela fantasías relativas con el temor, deseo sexual y el conflicto entre ambos aspectos.

Lam V: Representa el abordaje a la realidad y cómo el sujeto la enfrenta; permite evaluar cómo responde el sujeto a situaciones estructuradas. Informa sobre la autoimagen; cómo el sujeto se percibe a sí mismo y cómo lo perciben los demás.

Lam VI: Es la lámina de la sexualidad, de las vivencias del sujeto en relación a esto. Aquí lo corporal y carnal aparecen como más evidentes a la percepción. También esta lámina puede ser tomada como la lámina de la textura, ya que los distintos tonos grises la hacen ver como algo peludo, o como una piel, dando indicios con estas respuestas de las experiencias con las primeras relaciones objetales.

Lam VII: Representa cómo es el objeto materno intenalizado. Se liga a fantasías respecto a lo femenino y también permite evaluar la propia función materna del sujeto. También estimula la producción de percepciones táctiles.

Lam VIII: Es la lámina del manejo e integración de los afectos, de la adaptación afectiva. Algunos autores la denominan como la lámina de la transferencia, ya que se podría ver como es la proyección de lo que siente el sujeto frente al examinador. Sus características remiten a patrones o modelos vinculares infantiles.

Lam IX: Da cuenta de la capacidad para la sublimación, cómo se enfrenta el sujeto a situaciones de estrés. También es considerada como la lámina de la transferencia, de la inseguridad o seguridad afectiva, la de la madre más arcaica y la del rendimiento escolar, por lo difícil de organizar una respuesta global con buena calidad formal. Permite medir frustración; también suelen surgir elementos relacionados con el propio nacimiento.

Lam X: Permite evaluar cómo integra el sujeto su identidad, su personalidad; permite ver como enfrenta las separaciones. También representa el espacio vital, vida real, medio ambiente. Se puede ver aquí la capacidad de la persona para resolver problemas prácticos de la vida diaria. En ella suelen apreciarse fantasías de curación en relación a la resolución de la propia problemática del sujeto.

## **Validez y confiabilidad del instrumento**

La validez se refiere al hecho que una técnica mida lo que realmente dice medir, y la confiabilidad se refiere a la exactitud y objetividad con la que esto se hace (Passalacqua, 1986).

La validez y confiabilidad del Rorschach ha sido objeto de múltiples estudios e investigaciones. Para Portuondo (1976), la confiabilidad en el Rorschach es posible realizarla a través de la serie paralela del “Bero Test” o mediante una segunda aplicación del test en el caso de que la persona a la que se le realiza sea un adulto (ya que los niños serían muy volubles) y cuando no haya pasado mucho tiempo entre estas dos aplicaciones y siempre que la persona en cuestión no haya empezado un proceso psicoterapéutico.

Parquer plantea que para el Rorschach los coeficientes de confiabilidad esperables son sobre 0.83, y su validez sería de un 0.45 o 0.50 y más. Estos valores se basan en diversos criterios, como sería el psiquiátrico, el clínico y el anteriormente señalado Bero Test (Biaison y Vöhringer, 1997).

En el año 1941, I. Fosberg realizó un estudio y aplicó el test cuatro veces a la misma persona, arrojando resultados de una correlación positiva del 0,80 a 0,90, o sea una alta confiabilidad por test- retest.

En 1953, B. Ebough aplicó la prueba a cincuenta pacientes y posteriormente comparó los resultados obtenidos con la observación clínica de éstos, obteniendo una correlación de 0,85 entre categorías Rorschach y la observación hecha por los clínicos experimentados, lo que da cuenta de una alta validez concurrente o convergente de la prueba (Biaison y Vöhringer, 1997).

En otro estudio sobre la validez convergente de este instrumento, Potkay señala que el test de Rorschach demostró a través de criterios clínicos de expertos, una exactitud del

0,78 para el nivel de inteligencia, de un 0,83 en la estimación de la gravedad de la ansiedad y de un 0,56 para el diagnóstico de un caso de psiquiátrico complicado (Biaison y Vöhringer, 1997).

A continuación, se expondrá un cuadro resumen en el que se muestra la operacionalización de las variables de estudio y la extrapolación de estas variables a indicadores psicodiagnósticos del test de Rorschach. Los indicadores han sido propuestos para los fines de este estudio.

CUADRO N° 4: RESUMEN DE OPERACIONALIZACIÓN DEL ANALISIS ESTRUCTURAL

Dimensión	Índices del test de Rorschach
<b>Identidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Sentido de propiedad y pertenencia</li> <li>b) Imagen Corporal</li> <li>c) Incorporación de experiencias afectivas con personas claves</li> <li>d) Internalización de experiencias en representaciones de sí mismo y de los otros.</li> </ul>
<b>Mecanismos de Defensa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Defensas: Presencia de contenidos y/o verbalizaciones indicativas del uso de defensas de nivel bajo.</li> <li>b) Fallas defensivas: Indica presencia de irrupción de impulso, angustia no controlada, impulsividad e impulsos no integrados.</li> <li>c) Shock (bloqueo o resistencia) y rechazo.</li> </ul>
<b>Examen de Realidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Determinante forma y calidad formal de las respuestas (F%, F%ext, F+%, F%+ ext).</li> <li>b) Presencia de verbalizaciones patológicas</li> <li>c) Conciencia de interpretación</li> <li>d) Índice de Realidad.</li> </ul>

## IV. RESULTADOS

### Análisis de los resultados en el test de Rorschach

El análisis de los resultados se llevo a cabo a través de estadística descriptiva, frecuencias absolutas y relativas, proporciones, porcentajes y promedios.

#### I- Función de Identidad

A continuación se analizan los indicadores para la función de identidad propuestos por Paredes, Micheli y Vargas, encontradas en los pacientes evaluados, considerando las cuatro áreas que éstos autores definen: Sentido de propiedad y pertenencia; imagen corporal y determinación genérica; incorporación de experiencias afectivas con personas claves, e internalización de las experiencias en representaciones de sí mismo y de los otros.

#### **A - Sentido de propiedad y pertenencia: Delimitación de lo ajeno.**

CUADRO N° 5: SENTIDO DE PROPIEDAD Y PERTENENCIA

Indicador			Porcentaje	Proporción
Transgresión	de	límites	46%	14/30
espaciales				
Unión mayor			27%	8/30
Respuesta especular			33.3%	10/30
Metamorfosis			20%	6/30
Respuesta vacío			33.3%	10/30
Respuesta Sombra			3.3%	1/30
Respuesta de ropa			33.3%	10/30

En relación al sentido de propiedad y pertenencia, o la delimitación de lo propio-ajeno, interno-externo, el 46% (14/30) de los sujetos evaluados presentó importantes distorsiones en la configuración del sí mismo corporal y psicológico, junto con

alteraciones en la notificación del mundo externo. Un 33% (10/30) es capaz de reconocer a otro, sólo en la medida en que es reflejo de lo propio; un 33% (10/30) presenta sentimientos de no estar completo, donde lo ajeno puede ser complemento que vacía o borra; otro 33% (10/30) compensa a través de atributos externos su dificultad para realizar la división entre lo propio y ajeno. Un 27% (8/30) presenta vivencias de profunda transformación a nivel de conciencia e imagen corporal y personal. Sólo un 3.3% (1/30) presenta sentimientos de incompletud, donde lo ajeno se vive como el complemento que borra.

### **B-Imagen Corporal. Determinación genérica.**

CUADRO N° 6 : IMAGEN CORPORAL Y DETERMINACIÓN GENÉRICA

Indicador	Porcentaje	Proporción
Transgresión de límites espaciales	46%	14/30
Ambigüedad sexual	27%	8/30
Respuesta especular	33.3%	10/30
Respuesta de sombra	3.3%	1/30
Respuesta de superficie blanda	3.3%	1/30
At elevado	6.6%	2/30
Hd elevado ( $\geq H$ )	20%	6/30
Respuesta de superficie dura	40%	12/30

Con respecto a la imagen corporal y determinación genérica, el 46% de los evaluados (14/30) presenta una construcción del esquema corporal incompleto, construido con características poco claras; Un 40% (12/30) presenta un esquema corporal rígido, con dificultades para el contacto e intercambio. En el 33.3% (10/30) se observó la necesidad de reafirmar la imagen corporal a partir del reflejo de los otros. A su vez un 27% (8/30) presentó dificultades en la aceptación de la propia identidad sexual; un 20% de los sujetos posee un esquema corporal incompleto, con deficiencias

en la integración; un 6.6% (2/30) posee conflictos para asumir su cuerpo como un todo. Y por último, un 3.3% presentó vivencias de debilidad y apertura a la intromisión del medio ambiente, ya sea a nivel corporal como psicológico.

### C-Internalización de las experiencias afectivas con personas claves:

CUADRO N° 7: INCORPORACIÓN DE LAS EXPERIENCIAS AFECTIVAS CON PERSONAS CLAVES

Indicador	Porcentaje	Proporción
Infantil I	30%	9/30
Oral agresiva	53%	16/30
Angustia de separación	30%	9/30
Angustia destructiva	73.3%	22/30
Angustia persecutoria	73.3%	22/30
Respuesta vacío	33.3%	10/30
Ausencia de H en Lam. III	10%	3/30
Ausencia de M	16.6%	5/30
(H) ≥ H	16.6%	5/30

En la incorporación de experiencias afectivas con personas claves, se encuentra que un 73.3% (22/30) de los sujetos posee una representación de experiencias con figuras claves altamente peligrosa, en donde se teme al poder destructivo de los impulsos propios y ajenos, otro 73.3% ha interiorizado modelos poco gratificadores y contenedores, a los que se les vé como hostiles y dañinos. Un 53% presentó una vinculación envidiosa y voraz con objetos confusos (amados y odiados); otro 33.3% (10/30), presentó fantasías de posar un hueco corporal o psicológico, junto con pobreza de objetos internos; un 30% (9/30) presenta necesidades primarias de un nivel yoico muy inmaduro y poco diferenciado. Otro 30% presenta vivencias de fragilidad personal que se traducen en una dificultad para emitir juicios o desarrollar sentimientos propios, dependiendo siempre de los otros para la emergencia de éstos. Un 16.6% presenta



dificultades para establecer vínculos interpersonales, desarrollar conductas empáticas, bloqueo social, debido a que las experiencias con figuras claves generan temor. Un 16% también presenta dificultades para centrarse en los seres humanos como tales, refugiándose en la fantasía, manteniendo imágenes idealizadas, o bien devaluadas de los modelos claves. Y por último, un 10% (10/30) presentaría dificultad para percibir interacciones complementarias, pudiendo existir un temor fóbico ante el contacto humano.

#### **D- Internalización de las experiencias en representaciones de sí mismo y de los otros.**

CUADRO N° 8: REPRESENTACIONES DE SÍ MISMO Y DE LOS OTROS

Indicador	Porcentaje	Proporción
Infantil I	30%	9/30
Oral agresiva	53.3%	16/30
Respuesta deteriorada	10%	3/30
Simetría desigual	3.3%	1/30
Respuesta de sombra	3.3%	1/30
Respuesta vacío	33.3%	10/30
Respuesta superficie blanda	3.3%	1/30
Respuesta defecto	43.3%	13/30
Respuesta superficie dura	40%	12/30
Infantil II	30%	9/30

La internalización de las experiencias en representaciones de sí mismo y de los otros, se caracterizó en un 53.3% (16/30) de los sujetos por representaciones de sí mismo primitivas, en donde el control yoico de los impulsos se realiza mediante defensas también primitivas. En un 43.3% (13/30) se observan tendencias críticas, en que se evalúan aspectos carenciales del mundo y de sí mismo, creando representaciones defectuosas en lo físico y no aceptando el esquema corporal; en el 40% (12/30) se observan representaciones inflexibles, rígidas, poco adaptables. En el 33.3% (10/30) se observan representaciones de una identidad difusa; en el 30% de los sujetos, el yo funciona en estado de continua catástrofe o inminente peligro, percibiéndose como

dañino, destructivo y voraz, en un 30% de los sujetos (9/30) también se observan representaciones inmaduras e infantiles. Y en un 3.3% (1/30) se presentó la tendencia a defender lo bueno de lo malo, es decir a sectorizar aspectos propios y ajenos que resguarden estas características y representaciones de una identidad incompleta.

## II- Mecanismos de defensa

A continuación se presenta los indicadores para analizar los mecanismos de defensa propuestos en este estudio, los que son: Presencia defensas de nivel bajo; Fallas defensivas y Bloqueo o Rechazo.

### **1-Defensas. Presencia de contenidos y/o verbalizaciones indicativas del uso de defensas de nivel bajo**

CUADRO N° 9: MECANISMO DE DEFENSA (N=30)

Frecuencia de aparición	0	1	2-3	4 o más	Al menos una Vez
Defensas Primitivas					
Escisión	13p.	10p.	6p.	1p.	17 (56%)
Desvalorización	17p.	7p.	6p.	0p.	13 (43%)
Idealización	20p.	9p.	1p.	0p.	10 (33.3%)
I.Proyectiva	9p.	9p.	7p.	5p.	21 (70%)
Negación	12p.	14p.	4p.	0p.	18 (60%)
nivel medio-bajo					

\* En donde p=persona

En relación con el uso de defensas de nivel bajo este estudio arrojó los siguientes resultados: Un 70% (21/30) de los sujetos presentó la identificación proyectiva como principal mecanismo de defensa. Un 56.6 % (17/30) ocupó el mecanismo de escisión, encontrándose presente en más de la mitad de los protocolos analizados. A su vez la negación media y baja se encontró presente en un 60% (18/30) de los sujetos evaluados.

La desvalorización apareció en un 43% (13/30), y la idealización se encontró presente en un 33.3% (10/30) los protocolos evaluados.

En este estudio, la presencia de identificación proyectiva alcanzó un 70% de significancia, y ya que la base de este mecanismo es la escisión, (porque partes del sí mismo se escinden y proyectan en un objeto total o parcial externo). Es congruente decir que los resultados obtenidos en el análisis de las defensas, concuerdan con los planteamientos que Kernberg propone para estructuras borderline, ya que la presencia de escisión sería el pilar fundamental que permite plantear que se estaría ante una estructura primitiva o baja.

CUADRO N°10: ANÁLISIS DE MECANISMOS DE DEFENSA POR LÁMINA (N=30)

Mec defensa	Escisión	Desvalorizaci ón	Idealizacón	Identificación Proyectiva	Negación	Total
Lámina						
I	-	1	1	4	3	9
II	6	1	2	2	3	14
III	5	4	3	4	2	18
IV	1	3	-	8	2	14
V	2	2	1	1	-	6
VI	2	-	1	5	1	9
VII	2	4	3	4	4	17
VIII	3	2	-	3	-	8
IX	4	2	-	7	3	16
X	3	6	1	8	5	23

\*Las cantidades incorporadas al interior del cuadro representan la cantidad respuestas en las que se utilizó un determinado mecanismo de defensa en cada lámina del test de Rorschach.

Las Láminas que movilizaron una mayor cantidad de empleo de mecanismos defensivos primitivos fueron las láminas: X, III, VII y IX. A su vez, las láminas en las que se observó una menor utilización de mecanismos defensivos bajos fueron las láminas, V, VIII, VI y I. En las láminas II y IV se emplearon una cantidad de

mecanismos defensivos más próximos a las láminas que movilizaron una mayor cantidad de uso de mecanismos bajos o primitivos.

## 2-Fallas defensivas:

A continuación se analiza la presencia de irrupción de impulso; angustia no controlada; impulsividad, e impulsos no integrados.

CUADRO N° 11: FALLAS DEFENSIVAS

Frecuencia de aparición					
Fallas Defensivas	0	1	2-3	4 o más	Al menos una vez
Irrupción impulso	10 p.	8p.	9p.	3p.	20 (66.6%)
agresivo	23p.	5p.	1p.	1p.	7 (23.3%)
Irrupción impulso	2p.	7p.	10p.	11p.	28 (93.3%)
Sexual	15p.	10p.	5p.	0p.	15 (50%)
Angustia	12p.	8p.	10p.	0p.	18 (60%)
Impulsividad					
Impulsos no integrados					

\* En donde p=persona

Con relación a la presencia de angustia no controlada, el 93.3% (28/30) de los sujetos presenta dificultades para manejar la angustia, lo que se traduce en que su proceso de verificación de la realidad se encuentra interferido por la angustia, manteniéndose en un nivel conceptual difuso, impidiéndoles aprehender la realidad de manera precisa y concreta. En un 66.6% (20/30) se manifestó la irrupción de impulso agresivo, lo que se relaciona con la internalización de objetos, cargados de carga hostil, masiva proyección y dificultad en el manejo de los impulsos. A su vez en el 60% (18/30) presentó la irrupción de impulsos no integrados, los que son vividos como desestructurantes y amenazantes. Un 50% (15/30) de los sujetos manifestó una marcada impulsividad, la que sería una manifestación directa de labilidad yoica, y por último, un 23.3% presentó irrupción de impulso sexual, lo que se relaciona con falla en la

capacidad de simbolización y fracaso en la utilización del mecanismo defensivo de la represión.

### 3- Shock (bloqueo o resistencia) y rechazo

CUADRO N° 12 : SHOCK (BLOQUEO O RESISTENCIA) Y RECHAZO

Frecuencia de aparición	O	1	2-3	4 más	Al menos una vez
Shock (Bloqueo o resistencia) y rechazo					
Bloqueo o resistencia	10 p.	6 p.	10 p.	4 p.	20 (66.6%)
Rechazo	23 p.	7 p.	0 p.	0 p.	7 (23.3%)

\* En donde p= persona

Con respecto a la presencia de Shock, un 66.6% (20/30) de los sujetos presentó bloqueo o resistencia al menos una vez a lo largo del protocolo; a su vez, un 23.3% (7/30) fue incapaz de producir al menos una respuesta frente a una determinada lámina del test.

CUADRO N° 13: CANTIDAD DE SHOCK Y RECHAZO FRENTE A LAS LÁMINAS DEL TEST DE RORSCHACH

N° de Shock y rechazo Lámina	N° de shock (Bloqueo o resistencia)	N° de Rechazo
I	3p.	-
II	5p.	-
III	4p.	-
IV	4p.	-

V	2p.	-
VI	6p.	1p.
VII	3p.	-
VIII	5p.	-
IX	11p.	5p.
X	5p.	1p.
Total	48	7

\* En donde p= persona

Con respecto a la cantidad de shock, se observa que la lámina que produjo más este fenómeno fue la lamina IX, en donde se presentaron once personas que sufrieron bloqueo o resistencia (36.6%). En la lámina VI, hubo seis personas que presentaron shock ante su percepción (20%). En las láminas II, III y X , cinco personas presentaron algún tipo de bloqueo o resistencia para dar alguna respuesta en relación a esa lámina (16.6%). En las laminas III y IV, cuatro personas presentaron shock frente a esta lámina (13.%), como a su vez, en las láminas I y VII, tres personas presentaron algún grado de perturbación al ver estas láminas y elaborar la respuesta (10%). Por último, la lámina que presentó una menor cantidad de bloqueo o resistencia fue la lamina V, con sólo dos personas que presentaron estos fenómenos (6.6%).

En cuanto al número de rechazos, nuevamente la lámina en donde más se presentó este fenómeno fue la lámina IX, en donde cinco personas fueron incapaces de articular algunas respuesta frente a la percepción de la lámina. Con relación al total de los rechazos, los que se dieron en cinco personas, un 71.4% de éstos corresponden al fracaso en la lámina IX. A su vez, en las láminas VI y X una persona presentó rechazo frente a su percepción (14.2%) respectivamente.

Por último es importante destacar, con respecto a la presencia de shock y fracaso, que si se suman a las personas que presentaron estos fenómenos en la lamina IX, se tiene a 16 personas que presentaron uno u otro fenómeno en esta lámina en particular (53.3%). Si bien esta lámina es la que posee la probabilidad más alta de fracaso debido a la complejidad estructural que tiene, se puede relacionar la alta frecuencia en esta muestra de shock o fracaso ante ésta, una por la angustia que provocó

esta percepción, ya que esta lámina se relaciona con el manejo de la angustia, y también se puede relacionar con la dificultad para enfrentar situaciones inestructuradas.

### III- Examen de Realidad

A continuación se analizara los indicadores propuestos en este estudio para evaluar el examen de realidad a la prueba Rorschach, a través del: análisis de determinante forma y calidad formal; presencia de verbalizaciones patológicas, conciencia de interpretación, Índice de realidad.

#### **A-- Determinante forma y calidad formal (F%, F%ext, F+%, F+%ext).**

**CUADRO N° 14: F%, F% EXT, F+%, F+% EXT.**

Determinante forma y calidad Formal	Aumentado	Disminuído
F%	40% (12/30)	26.6% (8/30)
F% ext	1/30 (3.3%)	70% (21/30)
F+%	-	80% (24/30)
F+% ext	-	83.3% (25/30)

A continuación, se realizó una comparación entre los rasgos esperables para F%, F% ext, F+%, F+% ext, y el rango obtenido de la distribución del 50% central de la muestra de estudio, en relación a cada uno de estos indicadores.

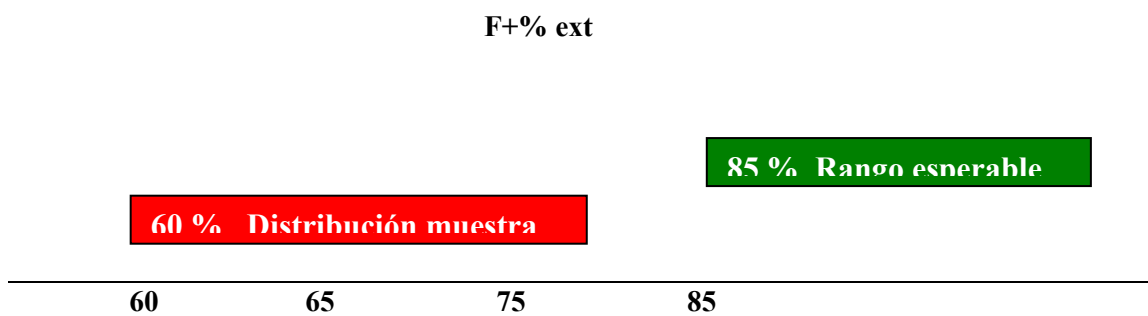
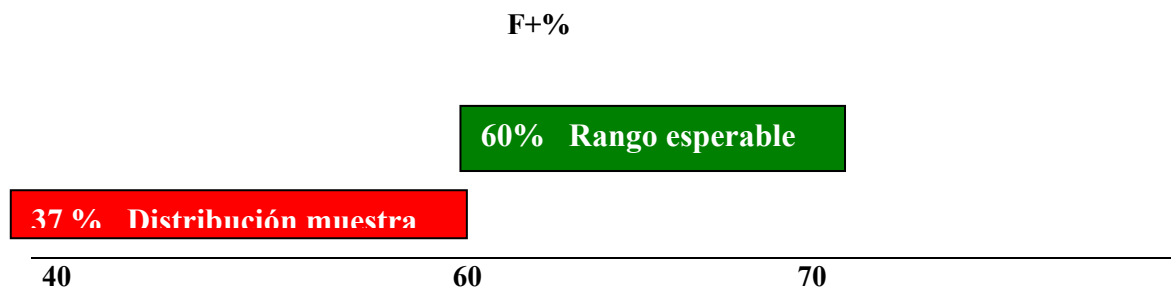
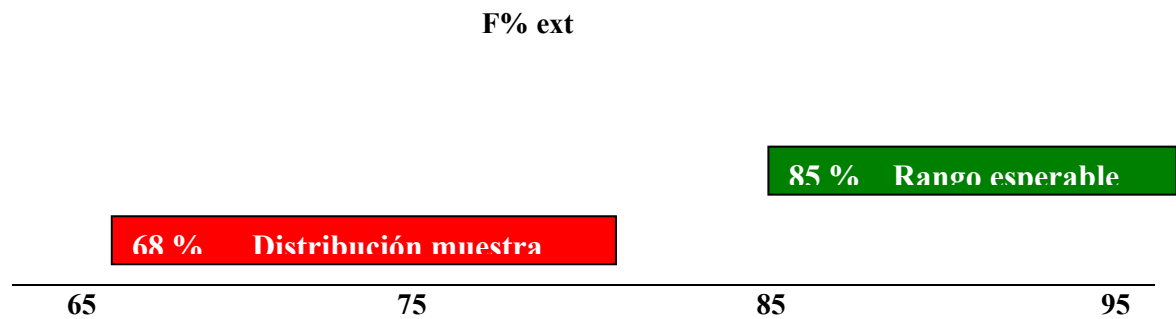
**F %**

**30 % Rango esperable**

**29 % Distribución muestra**

**30**

**50**



Con relación al F%, un 40% (12/30) de los sujetos presenta rigidez en la función crítica del pensamiento, junto con una rigidez en el control de impulsos, al encontrarse



este indicador aumentado, por lo tanto existiría mucho control en relación a los impulsos. A su vez, un 26.6% (8/30) posee una incapacidad para percibir la realidad en forma objetiva y neutra, caracterizado por un examen de realidad predominante subjetivo y un déficit en el control de impulsos.

En cuanto al F% ext, en un 70% (21/30) de los sujetos éste se presentó disminuido, lo que indicaría un déficit en los esfuerzos de control de los impulsos, con un bajo grado de aceptación de las exigencias que impone la realidad y también con una baja conciencia crítica hacia los propios juicios y elaboraciones acerca de la realidad.

El F+% se encontraría disminuido en un 80% (24/30) de los sujetos, lo que indicaría que una objetividad deficiente, con pobres recursos teóricos.

En cuanto al F+% ext, en un 83.3% (25/30) de los sujetos se observó una disminución de este indicador, lo que se relaciona con un déficit importante en el grado de eficacia en el manejo de los impulsos y una disminución en la capacidad de ajuste objetivo con la realidad, ya que predominarían funciones cognitivas y perceptivas poco eficientes que se expresarían en una baja capacidad para distinguir lo esencial de lo accesorio, en situaciones en que se encuentren presente o no variables afectivas que estén involucradas.

Con relación a los rangos esperables, la distribución del F% es la que más se acerca a los rasgos esperables del F%, lo que daría cuenta en términos generales, que el grupo poseería un control de impulsos que tendería a lo adecuado, inclinándose hacia un control rígido de estos.

La distribución del F+% ext fué la que más se alejó de los rangos esperables, dando cuenta que en general, el grupo estudiado manifiesta un fracaso en el control de impulsos, lo que aludiría a una disminución en la capacidad de un ajuste objetivo a la realidad de los sujetos de la muestra de estudio y manifestar un déficit importante de la autonomía del yo.

El F+% también se encuentra disminuido en el 50% central de la distribución de la muestra de estudio, lo que alude a una disminución de ajuste a la realidad objetiva

y a la percepción objetiva de ésta en situaciones en donde el sujeto se sitúa en una posición neutra de la realidad sin interferencia de los afectos.

#### B- Presencia de verbalizaciones Patológicas

CUADRO N°14: VERBALIZACIONES PATOLÓGICAS

Frecuencia de aparición	0	1	2-3	4 –5	6 o más	Al menos una vez
Verbalizaciones Patológicas						
Fabulación	2 p.	2 p.	12 p.	9 p.	5 p.	28 (93.3%)
Confabulación	18 p.	1 p.	5 p.	3 p.	3 p.	12 (40%)
Autorreferencia menor	19 p.	6 p.	5 p.	0 p.	0 p.	11 (36.6%)
Autorreferencia mayor	19 p.	0 p.	0 p.	4 p.	0 p.	1 (3.3%)
Combinación Fabulada	14 p.	10 p.	5 p.	1 p.	0 p.	16 (53.3%)
Respuesta de Relación	19 p.	1 p.	0 p.	0 p.	0 p.	1 (3.3%)
Contaminación	18 p.	8 p.	1 p.	0 p.	0 p.	9 (30%)
Tendencia a la Contaminación	17 p.	6 p.	6 p.	1 p.	0 p.	13 (43.3%)
Respuesta de Logia Autista	26 p.	2 p.	2 p.	0 p.	0 p.	4 (13.3%)

\* En donde p=persona

Con relación a la presencia de verbalizaciones patológicas, un 93.3% (28/30) de los sujetos presentó tendencia a usar la fabulación en la configuración de sus respuestas, lo que demuestra una significativa dificultad que presentaron casi todos los sujetos de la muestra para elaborar en forma neutra la realidad, agregándole matices emocionales o afectivos y un aumento de la fantasía. En un 53.3% (16/30) se observó la presencia de Combinación Fabulada, es decir, más de la mitad de los sujetos presenta alteración en la lógica relacional de los conceptos por la interacción de conceptos que provienen de distintos géneros y especies, y cuya relación en la realidad no es posible; un 43% (13/30) de los sujetos presenta la utilización de la tendencia a la contaminación, o sea, evidenciarían un fracaso de la función crítica del pensamiento, y límites

conceptuales laxos.; un 40% (12/30) también de los sujetos dio respuesta de confabulación, o sea, presenta un pensamiento poco adherido a la norma, en el que se produce un fracaso en el ordenamiento lógico de la realidad y una pérdida en el control de los procesos asociativos, lo que facilita juicios inexactos y muy subjetivos de la realidad.

Un 36.6% (11/30) de los sujetos dio respuestas de autorreferencia menor, por lo tanto, estas personas presentarían una dependencia extrema de los objetos externos, que asume las funciones que el yo es incapaz de reconocer como propias. También este fenómeno se relaciona con una alteración de la función de identidad. El 30% (9/30) dio respuestas de contaminación, lo que se relaciona con una perturbación grave de la lógica del pensamiento, lo que es la manifestación de un tipo de pensamiento que funciona en términos sincréticos y confusos. Un 13.3% (4/13) presentó respuestas de lógica autista, es decir, que este porcentaje de sujetos tendría una grave alteración de los procesos lógicos de pensamiento, con una disfunción de los procesos hipotético-deductivos, lo que daría cuenta de una precaria e inestable formulación y organización de la realidad objetiva y consensual. A su vez, un 3.3% (1/30) utilizó el fenómeno de autorreferencia mayor, presentando una grave alteración en la interacción con el medio por la presencia de elementos angustiosos autorreferentes, límites conceptuales laxos y proyección de fantasías persecutorias malignas provenientes de la configuración de un super yo malignos. Otro 3.3% (1/30) dio respuestas de relación, lo que indicaría un tipo de pensamiento regido por una lógica particular e individual, de corte egocéntrica.

### C- Conciencia de interpretación

CUADRO N°15: CONCIENCIA DE INTERPRETACIÓN

Frecuencia de aparición	0	1	2-3	4 o más	Al menos una vez
Conciencia de interpretación					
Aumentada	24 p.	3 p.	3 p.	0 p.	6 (20%)
Disminuida	21 p.	6 p.	2 p.	1 p.	9 (30%)
Anulada	28 p.	0 p.	1 p.	0 p.	1 (3.3%)
					Total: 53.3%

\* En donde p=persona

Con relación a la conciencia de interpretación, en un 53% de los protocolos se observó una dificultad para mantenerse en una actitud interpretativa frente a la realidad del test, dándose una fluctuación de ésta. Un 30% (9/30) de sujetos presentó una disminución de la conciencia de interpretación; un 20% (6/30) a su vez presentó un aumento de la conciencia de interpretación, y ésta se encontró anulada en un 3.3% (1/30) de los protocolos.

CUADRO N°16: CONCIENCIA DE INTERPRETACIÓN, ANÁLISIS POR LÁMINA.

Conciencia de interpretación	Aumentada	Disminuida	Anulada
Lámina			
I	-	2 r.	-
II	-	1 r.	-
III	1 r.	3 r.	-
IV	-	1 r.	-
V	1 r.	1 r.	-
VI	2 r.	1 r.	-
VII	1 r.	-	-
VIII	2 r.	2 r.	1 r.
IX	2 r.	1 r.	-
X	-	2 r.	1 r.

\* Las cantidades incorporadas en el interior del cuadro representan respuestas.

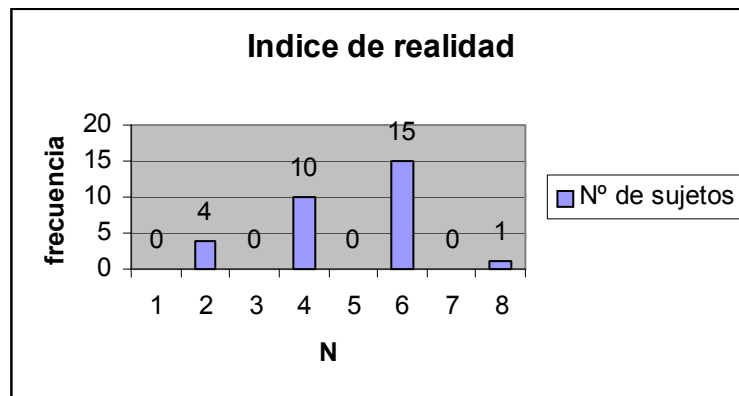
Al analizar la conciencia de interpretación se observa una fluctuación de ésta, lo que hablaría de una inestabilidad en estos sujetos para el establecimiento de límites con la realidad.

Ya que predomina la disminución de la conciencia de interpretación, se podría decir que existiría una pérdida de límites del yo que confunde lo real interno con lo real externo.

Es importante destacar que de los 30 protocolos que se analizaron, la conciencia de interpretación se manifestó aumentada en 6 individuos, disminuida en otros 9 individuos, y sólo un individuo presentó a lo largo del protocolo la conciencia de interpretación disminuida y anulada simultáneamente a lo largo de sus respuestas.

En la lámina en que se produjo una mayor fluctuación de la conciencia de interpretación fue la lámina VIII, presentándose un aumento, disminución y anulación de la conciencia de interpretación en la muestra de estudio.

#### D- Índice de Realidad



Con relación al índice de realidad, un 50% (15/30) de los sujetos obtuvo 6 puntos en éste; un 33.3% (10/30) obtuvo 4 puntos; a su vez, un 13.3% (4/30) obtuvo 2 puntos, y un 3.3% (1/30) obtuvo el máximo de 8 puntos.

El 50% central de la distribución de la muestra estuvo entre los valores 3.8049 y 5.8551, o sea, entre 4 y 6 puntos.

A continuación se realizara el análisis por área de funcionamiento, área cognitiva, afectiva y de relaciones interpersonales o vincular. Basándose en criterios propuestos en el “Manual de Rorschach Clínico”(Paredes, Micheli y Vargas,1995) e indicadores propuestos por Ana Maria Alessandri en “test de Rorschach y diagnostico de la personalidad” (1982).

## Área Cognitiva

### *Numero de Respuestas:*

Con respecto al número de respuestas, el 50% central de la muestra de estudio dio entre 14 y 22 respuestas.

### *Tipo de pensamiento:*

Se refiere a la forma en que un sujeto enfrenta la realidad. En el cuadro siguiente se expone la forma en que se distribuyeron los sujetos en relación con el tipo aperceptivo.

CUADRO N° 17: TIPO APERCEPTIVO

Indicador	Porcentaje	Proporción
<u>G</u> - (D)- <u>S</u>	60%	18/30
G-D-S	3.3%	1/30
G-(D)- <u>S</u>	13.3%	4/30
((G))-(D)-Dd- <u>S</u>	6.6%	2/30
G-(D)-Dd-S	3.3%	1/30
G-D-(Dd)-S	3.3%	1/30
(G)-(D)-Dd-S	3.3%	1/30
(G)-D- <u>S</u>	3.3%	1/30

En donde \* significa que el valor esta aumentado, y ( ) significa que se encuentra disminuido.

Un 60% (18/30) de las personas se caracteriza por un tipo de pensamiento en el que existiría una inclinación a enfocar de modo teórico la realidad, y con una energía potencial para el trabajo. Presentan a su vez un desinterés por los detalles y aspectos más concretos de la vida y un déficit en el sentido común, junto con una muy marcada tendencia a la oposición. Un 13.3% (4/30) presenta una adecuada capacidad organizativa y planificadora, junto con una disminución del sentido práctico - concreto y de la capacidad para segregar los elementos más obvios de la realidad, al igual que la presencia de una fuerte tendencia a la oposición. El 6.6% (2/3) se caracteriza por un

pensamiento que presenta una dificultad en la capacidad de integración cognitiva y una disminución de la inteligencia teórica – abstracta, junto con déficit del sentido práctico - concreto, y nuevamente marcado por un fuerte oposicionismo. El resto de los sujetos se distribuyó con una frecuencia poco significativa.

## Área Afectiva

### *Tipo Vivencial*

Este se refiere al modo como se enfrenta y maneja la vida afectiva. La distribución de la muestra de estudio con relación al tipo vivencial fue la siguiente:

CUADRO N° 18: TIPO VIVENCIAL

Tipo Vivencial	%	Proporción
Extratensivo	63.3%	19/30
-Desadaptativo	84%	16/19
-Adaptativo	16%	3/10
Introversivo	26%	8/30
Ambiguo	0%	0/30
Coartativo	10%	3/30

Un 63.3% (19/30) de los sujetos presenta un tipo vivencial extratensivo, el que se caracteriza por tener una mayor vida exterior. De éstos, el 84% correspondió al tipo desadaptativo, el cual se caracteriza por una afectividad que no está suficientemente regulada por el control intelectual, con un déficit en las funciones lógicas, impulsividad y egocentrismo. El 16% restante correspondió al tipo adaptativo, en el que prima un funcionamiento lógico y pensamiento de tipo práctico, con una afectividad lábil, pero fácilmente adaptativa. Un 26% (8/30) se caracterizó por presentar un tipo vivencial introversivo, en el que existiría una riqueza del mundo vivencial interno, con una afectividad equilibrada y relaciones interpersonales más intensivas que extensivas. Un 10% presenta un tipo vivencial coartativo, lo que implicaría la presencia de una

afectividad empobrecida, frialdad afectiva y baja capacidad de imaginación, junto con un rechazo general de manifestaciones afectivas.

#### *RLC%*

CUADRO N°19: RLC%

RLC%	Porcentaje	Proporción
Aumentado	40%	12/30
Disminuido	10%	3/10
Esperable	50%	15/30

Un 50% (15/30) de los sujetos presentó una adecuada estimulación afectiva con los estímulos del medio; un 40% (12/30) se encuentra en una posición hiper alerta a la estimulación afectiva, y a las señales ansiógenas del medio. Por otro lado, un 10% (3/10) de los sujetos presenta una falta de receptividad a la estimulación afectiva del medio y una tendencia al aislamiento.

#### *Fórmula Color*

CUADRO N°20: MANEJO DEL COLOR

FC: CF: C	Porcentaje	Proporción	CF >1	Presencia de C
Adecuada	6%	(2/30)	-	-
Inadecuada	93%	(28/30)	11 p.	14 p.

En cuanto al color, 93% (28/30) presentó una alteración de la fórmula de color normal, con un aumento de CF en un 36% de los sujetos (11/30), lo que pondría en evidencia una capacidad de vínculo inmaduro, inestable, sugestionable y lábil que presentarían estas personas. A su vez, un 46% (14/30) de los sujetos presentó la presencia de C pura, lo que hablaría de una marcada impulsividad e inestabilidad afectiva, junto con una afectividad explosiva que tendería a la descarga motriz (acting out).



### *Movimiento Humano*

CUADRO N° 21: MOVIMIENTO HUMANO

H	Porcentaje	Proporción
Aumentado	-	
Disminuido	46%	14/30
Ausente	16%	5/30

Con relación al movimiento humano, un 46% (14/30) de los sujetos presentó una falta de repertorio conductual empático, junto con un bajo nivel de creatividad. En un 16% (5/30) de los sujetos se observó un bloqueo masivo de las capacidades creativas intelectuales, con una ausencia de interés por las relaciones humanas, junto con una ausencia de empatía y una disminuida o ausente capacidad de insight.

### *Movimiento Animal*

CUADRO N°22: MOVIMIENTO ANIMAL

FM	Porcentaje	Proporción
Aumentado	43%	13/30
Disminuído	16%	5/30

Con relación al movimiento animal, un 46% (13/30) de los sujetos presentó una excesiva demanda impulsivo - instintivas, con una baja tolerancia a la frustración y una deficitaria capacidad de postergación de los impulsos. En un 16% (5/30) de los sujetos se observó un grave empobrecimiento de la capacidad para concretizar las demandas impulsivas, junto con una falta de espontaneidad y una marcada inhibición de la gratificación de necesidades básicas.

### *Movimiento menor*

CUADRO N° 23: MOVIMIENTO MENOR

Fm, mF , m	Porcentaje	Proporción
$Fm < mF + m$	52%	12/ 23

\* Aquí el total es de 23 sujetos, ya que 23 sujetos emplearon el uso de movimiento menor como determinante.

Un 52% (12/23) de los sujetos que emplearon el movimiento menor como determinante, presenta conflictos infantiles no resueltos, que amenazan con desestructurar al yo, debido a un aumento de tensiones internas desestabilizadoras, lo que se pudiera referir a la presencia de un tipo de angustia descontrolada para el yo.

### *K' Aumentada*

CUADRO N° 24: PRESENCIA DE K'

	Porcentaje	Proporción
$KF + K > FK$	75%	12/16

\* Aquí el total es 16, ya que hubo 16 sujetos que dieron respuestas en los que se utilizó el determinante K para la elaboración de sus respuestas.

Un 75% (12/16) de los sujetos presentó un fracaso en el mecanismo de intelectualización de la angustia, existiendo ansiedad desorganizadora del yo.

### *Relación entre M y FM*

CUADRO N° 25: RELACIÓN ENTRE M: FM

M: FM	Porcentaje	Proporción
$M > FM$	33.3%	10/30
$M < FM$ (superior al doble de M)	20%	6 /30
$M < FM$	23%	7/30
$M = FM$	23%	7/30

Un 43% (13/30) de los sujetos presentó FM mayor que M, lo que indicaría que su accionar estaría subordinando la vida instintiva; de éstos, un 46% (6/13) presentaría una incapacidad para postergar la gratificación de deseos e impulsos, en donde los impulsos se expresarían sin un control adecuado o socializado, y un 53% también presentaría rasgos de inmadurez, aunque no con la misma intensidad que en el caso anterior.

En un 33.3% (10/30) de los sujetos la vida instintiva estaría subordinada al sistema de valores del sujeto. De éstos, un 70% (7/10) tendría una impulsividad normal, en donde el yo sería capaz de tolerar impulsos primitivos sin sentirse abrumado por ellos, siendo capaz de postergar la gratificación inmediata de sus necesidades sin sentir frustración, conflicto o inhibición. Un 30% (3/10) de los sujetos tendría una vida impulsiva reprimida, no existiendo una integración de los instintos, presentarían tensión y conflicto interno, marcado por un excesivo control y falta de espontaneidad.

En un 23% (7/30) de los sujetos, M sería igual que FM; sin embargo, un 85% (6/7) de estos sujetos presentó respuestas CF, lo que se relaciona con comportamientos infantiles sin perjuicio de la madurez. A su vez, un 15 % (1/7) de éstos presentaría una ausencia de conflicto entre la vida impulsiva y su sistema de valores.

## Área Relaciones Interpersonales

### *Interés por los demás*

Este se refiere a la capacidad que poseerían las personas para establecer contactos interpersonales con posibilidades de mantener un vínculo. En la siguiente tabla se observa si este interés se encontraba presente, asimismo, se analizó la adecuación o inadecuación de este interés.

CUADRO N°26: INTERÉS POR LOS DEMÁS

Categoría	Características	Porcentaje	Proporción
Ausencia		20%	6/30
Presencia		80%	24/30
-Adecuada		8.3%	2/24
-Inadecuada		91.6%	22/24
	-Egocentrismo emocional	58.3%	14/24
	-Falta de espontaneidad	25%	6/24
	-Tendencias hostiles	20.8%	5/24

El 20% (6/30) de los sujetos no presenta interés genuino por los demás, lo que denota problemas para empatizar e interactuar con los otros. El 80% (24/30) restante, si bien presenta un interés por los demás, éste en un 91.6% es de tipo inadecuado y solo un 8.3% es de tipo adecuado.

El 58.3% (14/24) presenta una falla para considerar a los otros, presentando egocentrismo en sus interacciones; un 25% presenta una tendencia a mostrarse de una manera diferente a lo que se es, con una falta de contacto afectivo directo y franco. Por último, un 20.8% se caracteriza por tendencia hostiles y críticas hacia los otros.

CUADRO N° 27 : ACTITUD ANTE LOS OTROS

Categoría	Características	Porcentaje	Proporción
		3.3%	1/30
Adecuada			
Inadecuada		96.6 %	29/30
	-Excesiva preocupación por opinión de los demás	20.6%	6/29
	- Falta espontaneidad	20.6%	6/29
	-Tendencias hostiles	65.5%	19/29
	-Miedo a los demás	37.9%	11/29

Un 96.6% presenta una actitud inadecuada ante los demás, y un 3.3% presenta una actitud adecuada ante los otros, caracterizada por una capacidad de empatía afectiva y adecuado grado de socialización, sin la presencia de elementos egocéntricos al contacto.

Del 96.6% el 65.5% (19/29) presenta tendencias hostiles y una actitud crítica frente a los demás; el 37.9% (11/29) presenta miedo a los demás, lo que dificulta establecer contacto con los otros, por miedo a establecer lazos más íntimos. Un 20% presenta (6/29) falta de espontaneidad derivada del temor a mostrarse ante los otros, por miedo al contacto afectivo, y también un 20% (6/19) presentó una excesiva preocupación por la opinión de los demás, que podría tener su origen en ansiedades de tipo paranoide.

### *Grado socialización*

Cuadro N° 28: Grado de socialización

Categoría	Características	Porcentaje	Proporción
Adecuado		13.3%	4/30
Inadecuado		86.6%	26/30
	-Egocentrismo	51%	14/26
	- Deficiente socialización	65%	17/26
	- Egocentrismo compensado	34.6%	9/26
	- Socialización inefectiva	11.5%	3/26

El 86.6% (26/30) de los sujetos presenta un grado de socialización inadecuado, debido, en un 65% (17/26), a un déficit en la socialización, en que existe una pobre consideración por los otros debido a un marcado egocentrismo; a su vez, un 51% (14/26) de los sujetos presenta una afectividad centrada exclusivamente en si mismo, sin considerar reacciones, necesidades y derechos de los demás. Un 34.6% (9/26) presenta elementos de egocentrismo con impulsos lábiles, pero compensados por saber o suponer que los demás tendrían que ser considerados, y un 11.5% (3/26) presenta una disposición afectiva adecuada frente a situaciones convencionales, pero estas personas fracasan por una limitación intelectual, resultándoles inefectiva.

### *Grado de oposición*

CUADRO N° 29: GRADO DE OPOSICIÓN

Categoría	Porcentaje	Proporción
Adecuado	16.6%	5/20
Inadecuado	83.3%	15/20

El 83.3% (15/20) de los sujetos se caracterizó por una marcada tendencia hacia el oposicionismo, o sea, a no aceptar las normas convencionales y a percibir la realidad de un modo no tradicional. El 16.6% de la muestra tendría características adecuadas con relación a al grado de oposición que presentarían.

#### *Número de Respuestas Populares*

El promedio de respuestas populares fue de 3.46. Estas respuestas se encontraron disminuidas en un 60% (18/30) de los sujetos, ya que D% se encuentra disminuido en un 63.3% (19/30) y S% aumentado en un 50% (15-30. El descenso de P se podría deber a un déficit en la adaptación y comprensión de las exigencias normativas del ambiente, y que se expresaría en conflictos con la autoridad, oposicionismo y rebeldía.

El 50% de la muestra central sitúa a P entre los valores de 3 y 5.

## Tipo y variedad de contenidos y análisis Temático

A continuación se analizarán los distintos contenidos entregados por los sujetos y la frecuencia de aparición de éstos, junto con el porcentaje de aparición de un determinado contenido en las personas que entregaron esa respuesta.

CUADRO N°: 30: DISTRIBUCIÓN DE CONTENIDOS

Categoría	Frecuencia de aparición	Representatividad total
H	90% (27/30)	12.4%
Hd	43.3% (13/30)	11.5%
(H)	53.3% (16/30)	7.8%
(Hd)	40% (12/30)	7.2%
A	93.3% (28/30)	36%
Ad	50% (15/30)	6.06%
(A)	50% (15/30)	6.9%
(Ad)	20% (6/30)	6.06%
Anatómica	73.3% (22/30)	10.4%
	3.3% (1/30)	8.2%
Sangre	40% (12/30)	6.6%
Botánica	-	-
Vestimenta	10% (3/30)	7.06%
Explosión	13.3% (4/30)	6.9%
Fuego	20% (6/30)	8.4%
Comida	-	-
Naturaleza	70% (21/30)	10.1%
Sexo	20% (5/30)	6.9%
Rx	3.3% (1/30)	7.1%
Máscara	16.6% (5/30)	6.9%
Extraterrestre	10% (3/30)	4.5%
Geografía	16.6% (5/30)	5.9%
Objeto	43.3% (16/30)	9.6%
Feto-embrión	10% (3/30)	5.3%
Mundo-ciudad	10% (3/30)	10%
Nave- avión	10% (3/30)	5.6%
Escudo-casco	10% (3/30)	4.1%
Mar-líquido	10% (3/30)	3.55%
Arquitectura	6.6% (2/30)	4.26%
Piel	10% (3/30)	4.96%
Corazón	10% /3/30)	7.7%
Otros	33.3% (10/30)	7.7%



En cuanto al tipo de contenidos, se observó un interés en general por temáticas “universales” como (animales, humanos, objetos, etc), respuestas que fueron entregadas con una relevante significatividad.

La categoría anatómica fue dada en un 73.3% (22/30) de los sujetos de la muestra, con un 10.4% promedio de respuestas de este tipo en las personas que la entregaron, es decir de las 22 personas que dieron este contenido, la categoría anatómica ocupó un 10.4% del total de todos los contenidos que entregaron. El contenido de naturaleza fue dado por un 70% (21/30) de los individuos, con un 10.1% de frecuencia de aparición total en personas que entregaron este concepto. La respuesta de sangre, con un 40% (12/30) de sujetos que lo utilizaron, también se apareció de manera significativa en los sujetos de la muestra, con una frecuencia de aparición promedio en las personas que la dieron de un 6.65%.

También es importante destacar, en términos cualitativos, la aparición de respuestas de mascara, piel, escudo, extraterrestre, feto-embrión, corazón, contenidos que no alcanzan una significancia relevante en términos cualitativos ( $\geq$  al 40%), ya que su aparición fue del 10% (3/30), pero que es importante resaltarlos, porque son particulares y representativos de esta muestra.

Aparecieron variados contenidos, siendo significativos aquellos que aluden al manejo de los impulsos, configuración de identidad y relacionados con el manejo de la angustia.

Con relación a las líneas temáticas, se aprecia una marcada tendencia a interpretar la realidad de modo agresivo y suspicaz, con un predominio de temáticas agresivas, lo que indicaría también el uso masivo de el mecanismo de proyección (percepción de mundo hostil), y conflictos en el control de impulsos. También es significativa la tendencia a percibir la realidad con un tinte paranoide, con un aumento de las ansiedades de este tipo.

Las líneas temáticas relacionadas con ansiedades de destrucción y de muerte, aparecen también de manera significativa en la muestra de estudio, lo que se relacionaría con las dificultades que tendrían estas personas con relación al manejo de

los impulsos, conflictos con el manejo de la agresión y afecto depresivo. También estos indicadores se relacionan con fragilidad yoica.

La línea temática de tipo infantil aparece en algunos protocolos, junto con la línea temática narcisista. Esta más que nada se aprecia con relación a los contenidos presencia de joyas, ropas elegantes, castillos, y al uso de defensas en esta línea, la que no siempre resulto eficaz.

Se aprecia también la aparición de contenidos depresivos en varios protocolos, con distinta intensidad de aparición. Se observa el uso de defensas hipomaniacas para manejarlos, las que a veces también fracasan, y en otros casos, una orientación depresiva nítidamente marcada.

## **V- CONCLUSIONES Y COMENTARIOS**

### **SÍNTESIS DE PRINCIPALES RESULTADOS**

El propósito de esta investigación era poder caracterizar a la muestra estudiada, la que corresponde a personas diagnosticadas con trastorno de la personalidad, con el fin de realizar un análisis estructural que permita estudiar y acercarse a su estructura, la que sería de tipo primitiva; es decir, presentaría una identidad difusa, poco integrada, utilizaría mecanismos primitivos de defensa y habría una alteración en el examen de realidad sin comprometer su juicio, según los postulados de Kernberg. Es por eso, que realizado el análisis se puede apreciar si se cumplen estos criterios.

Una vez analizados los protocolos, es posible proponer un perfil tentativo en el que se exponen aquellos indicadores Rorschach que han sido más característicos y mayormente representados en esta muestra, con el fin de agruparlos finalmente en cuatro grandes áreas, para dejar este material a disposición de quienes se puedan interesar en utilizarlo, en algún momento. Para esto, se ha tomado como corte su presencia en a lo menos 12 sujetos, es decir en un 40% de la muestra. También es importante destacar que algunos indicadores se consideraron significativos para este estudio si aparecían en al menos 10 sujetos, o sea, en un 33.3% de la muestra, los que serían importantes de observar para un análisis cualitativo.

Los siguientes cuadros proporcionan entonces, la sistematización de los indicadores significativos del análisis estructural realizado con los pacientes con trastorno límite de la personalidad.

## Sistematización de Indicadores Significativos del Análisis Estructural

**CUADRO N° 31: INDICADORES RORSCHACH PROPUESTOS PARA LA FUNCIÓN DE IDENTIDAD**

Característica	Indicador	Porcentaje	Promedio de respuestas en sujetos que proporcionaron el indicador	Significado
Sentido de Propiedad y pertenencia	Transgresión de límites espaciales (T.L.E)	46%	1.71	Distorsiones en la configuración del sí mismo corporal y psicológico, Alteración notificación mundo externo.
Imagen Corporal y determinación Genérica	T.L.E (**)			
	Respuesta de superficie dura	40%	1.41	Esquema corporal rígido, dificultades para contacto.
Internalización de las experiencias afectivas con personas claves	Angustia destructiva	73.3%	2.27	Temor a poder destructivo de impulsos propios y ajenos
	Angustia persecutoria	73.3%	2.27	Modelos interiorizados como dañinos y hostiles.
	Respuesta oral-agresiva	53.3%	1.5	Vinculación envidiosa y voraz con objetos confusos (amados y odiados)
Internalización de experiencias en representaciones de sí mismo y de los otros.	Respuesta oral-agresiva (**)			
	Respuesta de defecto	43.3%	1,54	Tendencias críticas, evaluación de aspectos carenciales del mundo y de sí mismo, no aceptación de esquema corporal.
	Respuesta de superficie dura (**)			

\*\* Significa que el indicador aparece ya descrito en alguna de las cuatro funciones, por lo que hay que remitirse a su explicación. Se considera para esta función pero no será expuesto nuevamente ya que su significación ha sido descrita.

**CUADRO N° 32: INDICADORES RORSCHACH PROPUESTOS PARA ANALIZAR LOS MECANISMOS DE DEFENSA**

Indicador	Mecanismo - Tipo de falla defensiva – shock o fracaso	Porcentaje	Promedio de respuestas en sujetos que proporcionaron este indicador.	Significado
Presencia de mecanismo defensivos de nivel bajo	Identificación Proyectiva	70%	2.0	Alude a pérdida de límites y fusión con el objeto
	Negación nivel medio – bajo	60%	1.27	Negación primitiva, mayor distorsión en percepción de realidad.
	Escisión	56.6%	1.6	Alude a fracaso para integrar polaridades en un mismo objeto.
	Desvalorización	43.3%	1.9	Defensa contra envidia, mecanismo primitivo.
Fallas defensivas	Angustia	93.3%	2.9	Dificultad en manejo de ésta, emerge sin adecuado control cognitivo y emocional.
	Irrupción impulsivo agresivo	66.6%	2.1	Alude a relaciones de objeto internalizadas cargadas de sentimientos hostiles.
	Impulsos no integrados	60%	1.66	Aspectos primitivos no integrados vividos como amenazantes para el sujeto
	Impulsividad	50%	1.33	Alude a manifestaciones inespecíficas de labilidad yoica
Shock y rechazo	Shock	66.6%	2.45	

**CUADRO N° 33: INDICADORES RORSCHACH PROPUESTOS PARA ANALIZAR EL EXAMEN DE REALIDAD**

Indicador	F%, F% ext, F+%, F+% ext – Verbalizaciones patológicas – Ccia interpretación – Índice R	Porcentaje		Promedio de respuestas en sujetos que proporcionaron este indicador	Significado
Determinante Forma y calidad formal	F%	Aumentado	40%	-	Rigidez en función crítica del pensamiento y control de impulsos.
	F% ext	Disminuido	70%	-	Déficit en los esfuerzos o intentos de control de impulsos.
	F+%	Disminuido	80%	-	
	F+% ext	Disminuido	83.3%	-	Déficit en el grado de eficacia en el manejo de los impulsos.
Presencia Verbalizaciones patológicas	Fabulación	93.3%		3.6	Dificultad para elaborar de forma neutra la realidad.
	Combinación Fabulada	53.3%		1.6	Alteración lógica relacional de los conceptos.
	Tendencia a la contaminación	43.3%		1.83	Fracaso en función crítica del pensamiento, límites conceptuales laxos.
	Confabulación	40%		4.0 r	Confusión de los procesos lógicos del pensamiento, pérdida en el control de procesos ideosociativos
Conciencia de interpretación	Fluctuación de la conciencia de interpretación	53.3%		1.56	Inestabilidad en el establecimiento de límites con la realidad.
Índice de Realidad	Índice = 6 puntos	50%		-	Relativa adecuación a adaptación de realidad normativa consensual.

## CONCLUSIONES

### **Área Identidad:**

Se puede concluir, con relación a la identidad, que aparece cierta dificultad en delimitar entre realidad interna y externa en los sujetos de estudio; existiendo una no siempre eficaz discriminación entre el yo y el no yo.

La función psicológica que se encuentra más alterada es la incorporación de experiencias afectivas con personas claves, en donde se observa una grave alteración de la función de identidad. En ella, se observó que la mayoría de los sujetos poseía una representación de experiencias con figuras claves altamente peligrosa, con modelos poco gratificadores y contenedores. También se observó una marcada presencia de necesidades primarias correspondiente a un nivel yoico inmaduro y poco diferenciado, con vinculaciones envidiosas y voraces con objetos que serían ambivalentes. Esto daría cuenta en general, de una identidad corporal escindida por la violencia de emociones e impulsos, y por la presencia de imágenes parentales que han quedado interiorizadas y grabadas de modo disociado, percibiéndose como amenazantes.

Se observan representaciones del sí mismo primitivas, en donde el control yoico se efectúa mediante defensas también primitivas, junto con tendencias críticas que evalúan aspectos carenciales del mundo y de sí mismo, dando por resultado representaciones defectuosas en lo físico y falta de aceptación del esquema corporal; éstas representaciones a su vez, serían rígidas y poco adaptables.

Se observa asimismo en el ámbito de la identidad importantes ansiedades destructivas y castratorias, con aspectos del sí mismo y de los otros vividos como violentados, producto de la proyección de la agresión.

Aparecen también distorsiones en la configuración del sí mismo corporal y psicológico, con un esquema corporal no suficientemente integrado internamente, apareciendo por partes disociado, presentándose como rígido, con dificultades importantes para el contacto e intercambio.

Se aprecia en términos generales, una falta de integración del sí mismo y de un concepto estable e integrado de los objetos totales, junto con una falta de constancia objetal. Esto se observa en el análisis cualitativo al Rorschach, en la tendencia a no poder dar una respuesta con un objeto que sea constante, sino que a lo largo de la misma respuesta lo van cambiando una y otra vez, junto con un masivo uso de “o” en las respuestas, lo que alude también a la falta de constancia objetal, que se observó de manera importante en la muestra de estudio. Otro aspecto importante a destacar en cuanto a fallas en la integración de la identidad, son las respuestas en las que a partir de detalles y parcialidades se describía a un objeto determinado, (ej. Lam.V: “Murciélago, pies, alas, cabeza”). En general se observó de manera importante, el hecho que los sujetos no hacían mención al cuerpo para describir al precepto que percibían, la descripción se basaba en parcialidades de éste, no produciéndose la integración.

### **Área de Mecanismos Defensivos**

En términos generales, se observa una marcada tendencia a utilizar mecanismos de defensa primitivos como principales defensas que utiliza el yo para protegerse de la ansiedad. En la muestra en estudio, la identificación proyectiva fue el mecanismo mayormente utilizado, el que consiste en que partes del sí mismo son escindidas y proyectadas en objetos externos, o partes de éstos. Este mecanismo muestra una empobrecida capacidad de poner límites entre el sí mismo y los otros, junto con la excesiva capacidad de controlar a los objetos, ya que al no sentir el control, se provocan intensas ansiedades persecutorias.

A través del marcado uso de la escisión, en estos pacientes existe una configuración de imágenes del sí mismo y de los objetos altamente ambivalente. A consecuencia de esta falta de integración de las imágenes contradictorias de sí mismo y de los objetos, no se posibilita la integración del concepto de sí mismo y el establecimiento de la constancia objetal. El alto monto de ansiedades persecutorias ha dificultado la integración de objetos buenos y malos, lo que se traduce a su vez, en una



dificultad que tendrían estos pacientes para diferenciar el mundo interno y externo. También de esto se deriva la poca capacidad de empatía que se observó en general en estos pacientes, ya que son incapaces de integrar en una sola persona aspectos contradictorios, e incapaces de ponerse en el lugar del otro.

La negación media y baja también apareció de manera significativa en este estudio, funcionando como mecanismo habitual de defensa, y utilizando elementos burdos para negar una realidad que ha sido ya percibida, lo que implica un debilitamiento del yo y del juicio de realidad, puesto que el alto y masivo uso de este mecanismo, produce un deterioro de las funciones yoicas relacionadas con el enfrentamiento de la realidad.

También se observó un marcado uso de los mecanismos de desvalorización e idealización, lo que trae como consecuencia oscilaciones en la percepción y concepto de los otros, ya que una misma persona oscila entre estar completamente idealizada, a ser completamente desvalorizada, de manera rápida (ej: en un mismo día), debido a la utilización de la escisión (como mecanismo principal) y de la idealización y desvalorización (objeto completamente bueno - idealizado, o completamente malo - desvalorado).

En cuanto al uso de mecanismos defensivos altos, el mecanismo de represión aparece como frágil y no siempre eficaz, observándose fallas cuando se emplea, irrumpiendo generalmente contenidos de tipo agresivo, persecutorio y sexual. También se observan fallas en la capacidad de simbolización. Se detectó la presencia de fallas defensivas significativas en la muestra en estudio: en casi todos los sujetos se evidenció la presencia de angustia libre – flotante, (presencia de K y KF ) con un inadecuado manejo y tolerancia a ésta, junto con una percepción de mundo angustiosa, con una marcada presencia de Fv en casi todos los protocolos y aumentada de manera significativa, lo que indicaría una dificultad en aprehender la realidad de manera concreta y precisa, y que sería una manifestación de baja tolerancia a la ansiedad, constituyendo una forma esencial de manifestación inespecífica de labilidad yoica.

También aparece de manera significativa la irrupción de impulso agresivo, tiñendo las relaciones de objeto, ya sean éstas reales o se encuentren a nivel de fantasía.

Los impulsos aparecen como no integrados lo que indicaría tensiones internas desestabilizadoras, temor de los propios impulsos por sentirlos como fuerzas sobre las que no se tiene control. Así la amenaza de descontrol les genera intensa angustia. También se observa una marcada impulsividad en la mitad de la muestra de estudio, la que se manifiesta de manera generalizada y difusa, apareciendo de forma masiva a través de toda la prueba; en general la impulsividad se relaciona con temáticas agresivas.

En cuanto a la utilización de mecanismos defensivos y el Rorschach, las láminas que estuvieron más alteradas, y en las que se apreció una mayor utilización de mecanismos defensivos bajos, fueron la lámina X, que alude justamente a la integración y al cómo se viven las separaciones; la lámina VII que apunta al vínculo primario, la lámina IX que es la más inestructurada y la lámina III que alude a lo triádico y a las relaciones interpersonales. Para Muñoz (2002), las láminas que aparecen más alteradas en el Rorschach en los trastornos de personalidad son la: II, VII, IX y X. Según este criterio, nuestra muestra en estudio concuerda con sus aseveraciones al presentar tres de estas láminas como las más alteradas.

Con relación a la presencia de shock, la lámina IX fue la que presentó más este fenómeno, junto con el de rechazo, lo que se relacionaría como ya se mencionó anteriormente, primero con las propiedades propias de la mancha (resulta más inestructurada) y segundo, con la dificultad que presentaron estos pacientes para organizarse frente a un estímulo de estas características y con una baja tolerancia a situaciones inestructuradas, en donde tienden a bloquearse, o bien a temer a los propios impulsos, los que mayoritariamente les resultan descontrolables, y que generalmente aluden a temáticas agresivas o persecutorias.

## **Área de Examen de Realidad**

Con relación al examen de realidad, se observa que en éste existiría una sobreelaboración afectiva, manteniendo un examen en el que predominan aspectos subjetivos. El juicio de realidad se mantuvo conservado, manifestándose sí una alteración del sentido de éste.

Con respecto a la conciencia de interpretación, se observó una fluctuación de esta, manteniéndose en términos generales conservada, sin presentar los sujetos importantes aboliciones para enjuiciar las láminas como manchas a interpretar. En general se observó una mayor presencia de disminución de la conciencia de interpretación, lo que aludiría a que no existiría una clara delimitación entre mundo interno y externo, manifestándose en una dificultad para mantenerse separado, distinto de la realidad que lo rodea. Mayormente, la disminución o aumento de la conciencia de interpretación fue precedida por un shock.

En términos generales, se observó en la muestra una tendencia hacia un rígido control racional de los procesos cognitivos, el cual se torna insuficiente y lábil al intervenir impulsos y afectos. Los intentos de control sobre los procesos cognitivos y afectivos son insuficientes, por lo que se podría hipotetizar que existiese un marcado control de los impulsos, por miedo al descontrol de éstos.

El índice de realidad osciló entre 4 y 6 puntos, lo que concuerda con lo postulado por Dittborn (1986).

Se observa también una desviación hacia el proceso primario de pensamiento principalmente por el uso masivo de la fabulación, existiendo sobreelaboración afectiva, asociada particularmente a líneas temáticas de carácter agresivo y/o paranoide, lo que daría cuenta de la dificultad que tienen estos pacientes para elaborar de forma neutra la realidad, y lo que según Arrué sería propio de las estructuras borderline (Arrué, s/f). También se aprecia de manera importante el uso de confabulaciones, lo que daría cuenta de una confusión en los procesos lógicos de pensamiento que tendrían estos pacientes, evidenciando un tipo de pensamiento transductivo, es decir, existiendo una concatenación de juicios subjetivos, el que a partir de una premisa verdadera (objetiva observación de la realidad) conlleva a una conclusión falsa (alejada de la realidad),

también a través del uso de la confabulación se evidencia el uso de la omnipotencia de pensamiento; existe en la confabulación a su vez, una incapacidad de asociación ideacional, lo que impide que la persona tenga la posibilidad de reflexionar claramente, por la confusión de pensamiento, facilitando la emergencia del acting – out (Cebeiro,1984), también da cuenta de una dificultad para distinguir entre experiencia interna y realidad externa.

Asimismo se observó un importante uso de la combinación fabulada en la muestra de estudio, lo que da cuenta de una alteración en los procesos lógicos de la secuencia asociativa del pensamiento, que impide una correcta correlación e integración de distintos factores. Significativo también, fue el uso de la tendencia a la contaminación, lo que revelaría que estos pacientes tienen dificultades para la integración de partes, poniéndose en evidencia el mecanismo de la escisión y la incapacidad para poder efectuar síntesis.

En resumen, el uso marcado de estos indicadores, dan cuenta de la tendencia que tienen estos pacientes a subjetivar la realidad, por la irrupción del mundo interno, como a su vez fallas en la función crítica del pensamiento y confusión en los procesos lógicos de éste, lo que daría cuenta de la emergencia del proceso primario de pensamiento.

“La desviación hacia el proceso primario de pensamiento, constituye, sin duda alguna, uno de los elementos diagnósticos más importantes de organización limítrofe” (Dittborn, 1986,p 14 ).

## COMENTARIOS FINALES

Sintetizando, en general la muestra en estudio presentó una adecuada capacidad ideasociativa, dando un número adecuado de respuestas. Se observó una marcada tendencia a perseverar en algunas temáticas, generalmente en la línea de lo agresivo. Como dato importante a destacar está la presencia de contenidos particulares de estos pacientes, los que aluden a máscaras, extraterrestre, feto-embrión, piel, escudo-casco.

Se aprecia un modo de percibir la realidad globalizante y generalizador, sin embargo, hay una tendencia aumentada a colocarse en marcos de referencia propios y

particulares, sin atender a detalles; el sentido común y práctico aparece disminuido. Se observan también fallas en la integración, colocándose metas que no logran cumplir ya que poseen una dificultad para visualizar apropiadamente su propia realidad.

A su vez, también se observa un modo opositor en el enfrentamiento de la realidad cotidiana y afectos agresivos en la vía de la oposición y rebeldía.

En general poseen capacidad de planificación, pero la capacidad de imaginación, creatividad y ejecución se encuentran disminuidas.

Se observó un rígido control racional sobre los procesos cognitivos, el cual disminuye de manera significativa al intervenir impulsos y afectos, siendo a su vez, poco exitosos. Los intentos de control sobre procesos cognitivos y afectivos también resultan insuficientes. El examen de realidad aparece levemente disminuido, con un juicio de realidad conservado, y alteración del sentido.

A nivel de pensamiento se observan procesos lógicos derivados de pensamiento secundario, y un rendimiento afectado por procesos de orden más inmaduro e inconsciente, propio del proceso primario de pensamiento.

Con relación a la vida afectiva de estos sujetos, se observa en general una mala regulación afectiva, derivada del uso de mecanismos defensivos basados en la escisión, por lo que en general tienden a verse invadidos por éstos. También se observa la presencia de angustia libre - flotante, con mala tolerancia a ella. Se observa un mundo interno convulsionado por presencia de afectos masivos y desestructurantes, los que se intentan mantener apartados entre sí, en base a mecanismos primitivos, como escisión, identificación proyectiva y negación primitiva (media y baja), junto con la presencia de labilidad emocional.

Se observan intensos afectos y ansiedades, existiendo una mala regulación de la agresión, la que es proyectada hacia el medio, aumentando la sensación de peligro interno. En general las ansiedades son masivas y vividas como potencialmente amenazantes para el propio yo. También se observa una marcada impulsividad, con un

insuficiente control de impulsos, tanto en cantidad como en calidad, lo que favorece las conductas de acting out.

Se aprecia un predominio de necesidades de gratificación inmediata por sobre metas de largo alcance, con un yo débil, dominado por impulsos del ello, y existe prevalencia del principio del placer sobre el de realidad.

También se observan conductas de inmadurez afectiva y egocentrismo. En general estos pacientes estarían centrados en sus propias necesidades, lo que los lleva a tener actitudes inadecuadas. Aparece un grado de socialización deficiente e inadecuado, lo que les dificulta su ajuste y adaptación social. Presentan distanciamiento de los aspectos más obvios de la realidad, y dificultad para compartir juicios y valores.

Aparecen también angustias persecutorias, las que han dificultado la integración de objetos buenos y malos, traduciéndose en una dificultad para diferenciar el mundo interno del externo. También se observan contenidos de agresión oral y angustias destructivas, las que son vividas como potencialmente desestructurantes para el yo.

En cuanto a la identidad, se observa cierta dificultad en delimitar la realidad interna y externa, existiendo dificultad en la discriminación yo - no yo. Aparecen representaciones de experiencias con figuras claves altamente peligrosas y presencia de necesidades primarias correspondientes a un nivel del yo inmaduro. También se observan distorsiones en la configuración del sí mismo corporal y psicológico.

A nivel de identidad también se observa una falta de integración del sí mismo, y una falta de constancia objetal, junto con la marcada percepción de objetos parciales.

Por lo tanto, a nivel de identidad, se observa una identidad no integrada y difusión de identidad.

Con relación a lo observado a lo largo de este estudio, y de acuerdo con las variables planteadas para la realización de los objetivos de este trabajo, se puede concluir que aparecieron los indicadores esperados para cada una de las dimensiones estructurales planteadas por Kernberg (1979) para estructura borderline de la

personalidad, en los pacientes de este estudio. A nivel de identidad, se observó una difusión de identidad, o sea, una identidad no integrada; los mecanismos defensivos principales que aparecieron fueron bajos o primitivos, con el mayor uso de la identificación proyectiva, escisión y negación primitiva como mecanismos fundamentales. En cuanto al examen de realidad, éste se encontró conservado, observándose una alteración en el sentido de éste, y fallas principalmente, cuando los afectos intervienen de manera masiva, tendiendo a disminuir levemente el examen de realidad.

Se evalúa como importante en este estudio, el haberse orientado desde la aproximación dinámico - estructural de Kernberg, ya que se pudo realizar un análisis profundo de las dinámicas subyacente del psiquismo en estos pacientes, lo que permitió ahondar en el tan controvertido trastorno límite de la personalidad, y comprender de alguna manera el convulsionado mundo interno de estas personas, permitiendo explorar en la identidad, relaciones objetales, defensas y examen de realidad a través del test de Rorschach. Al revisar el material que se encuentra descrito sobre trastorno límite y Rorschach este trabajo puede ser un aporte para quienes deseen interesarse por saber más acerca de este trastorno y sus implicancias a la prueba Rorschach, revisar como se manifiesta en términos estructurales y lo importante que es realizar un análisis cuantitativo y cualitativo, ya que ambos se complementan entregándonos información sobre cada persona.

Al revisar la bibliografía existente sobre trastorno límite y Rorschach, se observó la falta de material de estudio que fuera actualizado y que realizara un análisis estructural de este concepto, por lo que este estudio podría ser usado como una herramienta para estudiantes de Psicología o alumnos en practica que utilicen como parte de su formación métodos proyectivos como el Rorschach, herramienta que en servicios de psiquiatría es indispensable, y también para cualquier persona que desee saber más acerca de este trastorno y su manifestación en el Rorschach.

El análisis realizado en este estudio fue hecho a nivel cuantitativo y cualitativo, debido a la extensión y objetivos del estudio, no se profundizó exhaustivamente en los elementos cualitativos arrojados en la investigación, elemento muy enriquecedor en este trastorno, ya que al revisar las líneas temáticas principales y el análisis de contenido

se observó lo particular y único de cada individuo y de esta muestra en particular. Sería interesante para nuevas investigaciones abocarse a investigar análisis de contenido y a profundizar sobre las líneas temáticas y la relación de éstas con cada lámina del Rorschach en pacientes con estructura borderline, también se podría investigar sobre un determinado trastorno de personalidad (paranoide, narcisista, esquizoide) y sus propios dinamismos.

Los resultados de este estudio ojalá abran camino a nuevas investigaciones sobre pacientes límites, ya que existe mucho campo que investigar sobre esta controvertida entidad.

Finalmente, emerge el deseo de que este estudio sirva de herramienta para quienes quieran interesarse por esta estructura de personalidad a través del test de Rorschach, que sin duda es un elemento importantísimo para el ser utilizada en el proceso psicodiagnóstico y posterior tratamiento de las enfermedades mentales.



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Abadi, S.(1996). *Transiciones. El modelo terapéutico de D.W.Winnicott*. Buenos Aires, Ed. Lumen.

Alessandri, Ana M. (1982) *Test de Rorschach y diagnóstico de la personalidad*. Santiago, Ed. Universitaria.

Aracena, Moisés. (1980). *Introducción al estudio del test de Rorschach*. Santiago, Editorial Andrés Bello.

Arteaga, M.A; Bicheno, L; Gschwender, K,y Zabala, T. (1985). *Estudio acerca de la aplicabilidad del test de Rorschach en el diagnóstico de adolescentes que consultan*. Tesis para optar al título de Psicólogo. Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica, Santiago, Chile.

Arrué, Omar. (s/f). *Las verbalizaciones patológicas en el test de Rorschach*. Pontificia Universidad Católica, Escuela de Psicología.Apunte EPUC (mimeo), Santiago, Chile.

Biason, M.y Vöhringer C. (1997) *Estudio descriptivo exploratorio de rasgos de personalidad en pacientes con cáncer cérvico-uterino a través del test de Rorschach*. Memoria para optar al título de Psicólogo. Carrera de Psicología, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Cazau, P, (1998). *La fases del desarrollo psicológico según Mahler* .1-5. Extraído el 07 de Abril, 2003, de [http// www.geocities.com/bibliografias/mahler.htm](http://www.geocities.com/bibliografias/mahler.htm).

Ceberio, Marcelo (1994). *Los fenómenos especiales (Psicodiagnóstico Rorschach)*. Buenos Aires. Ed Ecu.

Ceberio, Marcelo (1996). *El diagnóstico clínico en el Rorschach*. Argentina, Ediciones Culturales Universitarias Argentinas.

Copaja, M., Echávarri, Mascareño, M y Zajer, D. (2001) Evaluación de personalidad: Contraste entre una técnica proyectiva y una entrevista estructurada. *Revista de Terapia Psicológica*. Vol 19(2), 67-79.

De Santiago H., F; Fernández, M.J., y Guerra, L. (1999). *Psicodiagnóstico dinámico a través de las técnicas proyectivas*, Salamanca, Ediciones Amarú

Dittborn, J. (1986). Las organizaciones limítrofes de la personalidad en el test de Rorschach: índices y diagnóstico diferencial. *Revista de Terapia Psicológica*, 8, año V, 11-18.

Dorfman, Beatriz (1996). *Las funciones yoicas en el borderline y el psicótico*, Acta psicológica de América Latina, vol 42, N° 2, 121-126.

Exner, J. E (1994). *El Rorschach. Un sistema comprensivo. Volumen 1: Fundamentos Básicos*. Madrid, España. *Psimática*

Fenichel, O. (1945). *Teoría Psicoanalítica de la neurosis*, Buenos Aires, Argentina. Editorial Paidós.

Figueroa, Cave (1986). El problema del paciente fronterizo. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, Vol 24, 154-164.

Gabbard, G. (1998): *Psiquiatría Psicodinámica en la práctica clínica*. Buenos Aires, Argentina. Editorial Médica Panamer.

Gabbard, G Y Gunderson, J. (2002) *Psicoterapia en los trastornos de personalidad*, Barcelona, Ed. Ars.Médica.

Gatti, C., Noemí, L., Stingo, N. y Zazzi, M. (1994). *El trastorno borderline. Evolución del concepto. Clínica y patología*. Extraído en Enero, 2003, de [http://www.drwebsa.com.ar/aap/alcmeon/12/a12\\_09.htm](http://www.drwebsa.com.ar/aap/alcmeon/12/a12_09.htm).

Gomberooff, L. (1999). *Difusión de identidad, Bordeline y su medida*. Tesis para optar al grado de licenciado en Psicología. Escuela de Psicología. Universidad Diego Portales, Santiago, Chile.

Gomberooff, Luis (1999). *Otto Kernberg, Introducción a su obra*. Santiago, Chile, Ed. Mediterráneo.

Goodwin, J.; Cheeves, K y Connell, V. (1990). Borderline an others severe symptoms in adult survivors of incestuous abuse. *Psychiatric Annals*. January , 22-31.

Grinberg, L. (1985). *Teoría de la identificación*. España, Tecnopublicaciones, S.A.

Habinger E. y Heimann J.P. (1993). Revisión del Trastorno de personalidad borderline en la infancia y la adolescencia. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, Vol 31, 25-35.

Jacir, E. (2000). *Test de Rorschach: Relación entre índices de Diagnóstico y de pronóstico en una muestra con trastorno de personalidad límite*. Tesis para optar al grado de licenciado en Psicología, Escuela de Psicología, Universidad Central, Santiago, Chile.

Jerez, S; Paredes, A.; Silva, H., Slachesvsky, A, y Silava, H. (1991). Personalidad Borderline: Aspectos conceptuales y Nosográficos. *Revista de Terapia Psicológica*. 16, 7-12.

Jerez.; Paredes.; Silva; Slachevsky; Valenzuela y Vilchez. (1993). El Diagnóstico de trastorno limite de personalidad en la consulta psiquiátrica ambulatoria. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*. Vol 31, 401-407.

Jerez Sonia (1994). Impulsividad y trastorno límite de la personalidad. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*. Vol 32, 111-112.

Kernberg, O. (1976). *La Teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.

Kernberg, O. (1979). *Desórdenes Fronterizos y narcisismo patológico*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.

Kernberg, O. (1984). *Trastornos graves de la personalidad*. México D.F: Editorial Manual Moderno.

Kernberg, O. (1997). Una teoría psicoanalítica de los trastornos de personalidad. En Andrés Heerlein (ed): *Personalidad y Psicopatología*., (154-197), Chile, Ediciones de la sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile.

Klopfer, B.(1979). *Técnicas de psicodiagnóstico en Rorschach*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Paidós.

Mahler, M;Pine,F y Bergman,A. (1984). *El nacimiento psicológico del infante humano: Simbiosis e individuación*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Marymar.

*Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (D.S.M-IV).*( 1995). pp909. España: Ed. Masson S.A.

Michelli,C.G.y Paredes, A. (1991). La anorexia nerviosa y el examen de la función de identidad al Rorschach. *Revista de Terapia Psicológica*, 16, 13-19.

Millon, T. (1998). *Trastornos de la Personalidad: Más allá del DSM-IV*. España, Ed. Masson S.A.

Muñoz Ximena. (2002). Apuntes de taller de Rorschach. *Las estructuras limítrofes y su funcionamiento en el Rorschach*. Ichpa, Santiago.

Olivos, P. (1991). Trastornos Limítrofes de la personalidad. *Revista de Psiquiatría*, 841-848.

Paredes, A. (1997). Diagnóstico proyectivo y psicométrico de los trastornos de personalidad limítrofe. En Andrés Heerlein (ed): *Personalidad y Psicopatología* (198-222). Chile, Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile.

Paredes, A;Michelli, C.G.yVargas,R. (1987) El examen de la función de identidad a la prueba Rorschach. *Revista de Psiquiatría Clínica*, 63-77.

Paredes, A;Michelli, C.G.,Vargas,R. (1995) Manual de Rorschach clínico. *Revista de Psiquiatría Clínica..*

Passalacqua, A.(1986) *El psicodiagnóstico de Rorschach, sistematización y nuevos aportes*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Kapelusz S.A.

Perry, C;Herman, J;Van der Kolk, B yHoke,L. (1990).*Psychotherapy and psychological trauma in borderline personality disorder*. *Psychiatric Annals*, 20:1, January,33-43.

Pinto, C y Puga, O. (1985). *Evaluación de la estructura de personalidad de un grupo de padres con hijo esquizofrénico, a través del test de Rorschach*. Memoria para optar al título de Psicólogo, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile.

Portuondo S (1976) *Psicodiagnóstico de Rorschach Psicología Clínica*. Biblioteca Nueva. Madrid.

Rapaport David (1959) . *Test de diagnostico psicológico*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Paidós.

Rorschach, H. (1948). *Psicodiagnóstico*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Paidós.

Rubio Larrosa (1999) *Los trastornos de personalidad. Sus tipos*. 1-29. Extraído el 5 de Abril, 2003, de <http://usuarios.lycos.es/igonza/trastornos.html>.

Sánchez García (1996) *Personalidad borderline y narcisista*. Centro de producción. Ed. De la Universidad Nacional de San Marcos. Lima, Perú

Segal Hanna (1987) *Introducción a la obra de Melanie Klein*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Paidós.

*Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnostico* (C.I.E-10). (1992) Publicación de la Organización Mundial de la Salud. España, Ed. Meditor.

Tyrer, Peter (1988) What's wrong with DSM-III personality disorders, *In Personality disorders: Diagnosis, Management and course*. 2, 281-291.

Vaillant, G y Perry, J. (1992). Trastornos de la personalidad. En Kaplan, H., Sadock, B, *Compendio de Psiquiatría*, España, ediciones Salvat.

Vásquez, O. (1980). *Rorschach para Rorschistas*, Argentina,. Ed. De Belgrano.

Vásquez, O. (1980). *Rorschach para Rorschistas, segunda parte*, Argentina, Ed. De Belgrano.

Weigle, C. (1988). *Como interpretar el Rorschach. Su articulación con el psicoanálisis*, Buenos Aires, Ed. Artigas Suárez.

Weinstein Ruth (2003). *Análisis de contenido en las pruebas temáticas Phillipson, CAT, TAT y pruebas gráficas nivel II*. Curso de actualización post – título. Material Compilado de uso interno. Santiago.